IX kadencja

SEJM RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **KOMISJI ZDROWIA**
(NR 3)
z dnia 8 stycznia 2020 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Zdrowia (nr 3)

8 stycznia 2020 r.

Komisja Zdrowia, obradująca pod przewodnictwem posła **Tomasza Latosa (PiS)**, przewodniczącego Komisji, rozpatrzyła:

– informację ministra zdrowia Łukasza Szumowskiego na temat planowanych zamierzeń resortu w latach 2020-2030.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Małgorzata Siedlecka-Nowak**, **Jakub Stefański**, **Monika Żołnierowicz-Kasprzyk** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

W posiedzeniu udział wzięli: **Łukasz Szumowski** minister zdrowia, **Waldemar Kraska** i **Józefa Szczurek-Żelazko** sekretarze stanu oraz **Janusz Cieszyński**, **Sławomir Gadomski** oraz **Maciej Miłkowski** podsekretarze stanu w Ministerstwie Zdrowia, **Adam Niedzielski** prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, **Bożena Janicka** prezes Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia, **Dorota Korycińska** prezes Zarządu Ogólnopolskiej Federacji Onkologicznej, **Mariola Łodzińska** wiceprezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, **Andrzej Mądrala** wiceprezydent Pracodawców RP, **Urszula Michalska** przewodnicząca Branży OPZZ „Usługi Publiczne" oraz **Małgorzata Pietrzak** wiceprezes Naczelnej Rady Aptekarskiej.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Witam serdecznie na posiedzeniu Komisji Zdrowia. Witam serdecznie panie i panów posłów. Witam pana ministra wraz ze współpracownikami. Witam pana prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia ze współpracownikami. Witam serdecznie wszystkich zaproszonych gości.

Szanowni państwo, dzisiejszy porządek obrad miał obejmować dwa punkty: informację ministra zdrowia Łukasza Szumowskiego na temat planowanych zamierzeń resortu w latach 2020-2030 oraz rozpatrzenie projektu planu pracy Komisji na okres od 1 stycznia do 31 lipca 2020 r. Po uzgodnieniu z członkami prezydium, ponieważ chcemy jeszcze w ramach prezydium podyskutować na temat planu pracy, nasza wspólna propozycja jest taka, abyśmy w dniu jutrzejszym, podczas posiedzenia Komisji poświęconego budżetowi, lub w kolejnym terminie poświęconym budżetowi, rozpatrzyli plan pracy. Zatem dzisiejszy porządek obrad obejmowałby tylko jeden punkt: informację ministra zdrowia Łukasza Szumowskiego na temat planowanych zamierzeń resortu w latach 2020-2030.

Czy są uwagi do porządku obrad?

Nie widzę zgłoszeń, w takim razie stwierdzam, że porządek dzienny został przyjęty.

Bardzo się cieszę, że możemy rozpocząć tę kadencję Sejmu od spotkania z panem ministrem i posłuchania o kierunkach działań, które są planowane przez resort na tę kadencję.

Panie ministrze, oddaję panu głos.

Minister zdrowia Łukasz Szumowski:

Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, szanowni państwo, bardzo dziękuję za zaproszenie na dzisiejsze posiedzenie Komisji. Dziękuję, że mogę przedstawić plany resortu w zakresie najbliższego roku, ale też pozostałych lat. Myślę, że system ochrony zdrowia, służba zdrowia, to jest taki obszar, który jest niezwykle delikatny, ale wymaga bardzo systematycznej i wytężonej pracy z wielu stron i chciałbym państwu przedstawić te obszary, które wydają się nam najbardziej istotne w najbliższym czasie, w ciągu najbliższych czterech lat. Jednocześnie oczywiście zdajemy sobie sprawę z tego, że wiele aspektów pewnie dojdzie do tej listy priorytetów, również takie, które państwo na pewno

będą zgłaszali. Myślę, że zdrowie jest takim tematem, który daje szansę na bardzo merytoryczną i konkretną dyskusję.

Chciałbym zacząć od tematu, który przewijał się również w ostatniej kadencji. W ogóle wiele z tematów, wiele z obszarów, nad którymi będziemy pracowali i które chciałbym dzisiaj zaprezentować, to kontynuacja tego, co już dotknęliśmy, bo jak wiemy – oczywiście, wszyscy zdajemy sobie sprawę z tego – w systemie ochrony zdrowia w ciągu nawet czterech lat nie da się zrobić zmian rewolucyjnych, które by całkowicie wyeliminowały patologie czy bolączki tego systemu. Zatem wiele z tych projektów, które rozpoczęliśmy, jest obliczonych na co najmniej dwie kadencje, począwszy od wzrostu nakładów, który jest chyba jednym z najistotniejszych.

W zeszłej kadencji została uchwalona ustawa „6% PKB na zdrowie" a w połowie zeszłej kadencji została ona znowelizowana i ten wzrost nakładów został przyspieszony do roku 2024. Myślę, że to – z jednej strony – oczywiście, bardzo cieszy, bo udaje się realizować tę ustawę z dużą liczbą dodatkowych pieniędzy (z naddatkiem, jeżeli tak mogę powiedzieć), bo w ubiegłym roku nastąpił historyczny moment: przekroczenie 100 mld zł na zdrowie. Na rok bieżący planujemy przeznaczyć, zgodnie ze wszystkimi ustawami, ponad 107,5 mld zł, ale – jak państwo doskonale wiecie – w zeszłym roku planowaliśmy przeznaczyć 4,9% PKB na zdrowie a przeznaczyliśmy 5,25. To pokazuje skalę wyjścia powyżej tego, co obowiązuje nas z mocy „ustawy 6%". Również te dotacje, które dostaliśmy w ramach ustawy okołobudżetowej, są historycznej wysokości. Myślę, że blisko 3 mld zł to ogromny sukces, którego wszyscy potrzebujemy, a przede wszystkim – potrzebują go nasi pacjenci.

Te środki, które systematycznie wzrastają i w 2024 r. będą wynosiły 160 mld, to blisko ponad 50 mld więcej niż jest planowane na rok 2020. Czyli, w ciągu czterech lat o troszkę mniej niż połowę zostaną zwiększone środki na zdrowie. One już są przeznaczane w pewien sposób na obszary, które najbardziej są zapalne i kluczowe.

Jednym z takich obszarów jest polityka lekowa państwa. Oczywiście, wszyscy wiemy, że została utworzona lista leków 75+, ustawa, która to reguluje, w wyniku której seniorzy otrzymali ponad 5 mln opakowań leków, tj. ok. 2,8 mln pacjentów. Jednak nie tylko to jest sztandarowym projektem w zakresie polityki senioralnej zeszłej kadencji, szczególnie w polityce lekowej, są to również nowe pozycje na liście leków refundowanych.

Jeśli państwo popatrzą: w ciągu ostatnich czterech lat 108 nowych pozycji, to jest naprawdę ogromna liczba.

Jeśli popatrzymy na onkologię to tam liczba nowych cząsteczek wzrosła o 20%, a liczba cząsteczek i zastosowań to jest 25%, więc właściwie o 1/4 w ciągu roku udało się zwiększyć liczbę cząsteczek i zastosowań na liście leków refundowanych w zakresie onkologii.

Jednak to nie tylko onkologia, bo – jak państwo zapewne słyszeli i na pewno doskonale wiedzą – na nowej liście refundacyjnej na ten rok, czyli już w obecnej kadencji, jest dopełnienie leków na cukrzycę, nowatorskie, innowacyjne produkty. To są nowe leki na astmę, WZW, raka płuca, jelita grubego, raka piersi a więc tych trzech głównych zabójców, którzy dziesiątkują i będą dziesiątkowali polskie społeczeństwo. To są też leki na ryzyko sercowo-naczyniowe. Jak wiemy, głównie te leki cukrzycowe w istotny sposób redukują ryzyko sercowo-naczyniowe a jednocześnie w największej pladze kardiologicznej, czyli w niewydolności serca, pozwalają na bardzo istotną redukcję śmiertelności.

Myślę, że w perspektywie 15-20 lat, tak jak teraz choroby sercowo-naczyniowe są główną przyczyną umieralności, niestety, rosnąć będzie problem onkologiczny. Dlatego można powiedzieć, że zeszły rok, czy wręcz zeszła kadencja była pod hasłem onkologii, bo zrobiliśmy w onkologii – ja i pan minister Radziwiłł – sporo ruchów. Natomiast chyba te najważniejsze zadziały się w ostatnim roku, czy w ostatnich dwóch latach, począwszy od Narodowej Strategii Onkologicznej, która została napisana i przyjęta przez środowisko bardzo pozytywnie. Jest w tej chwili w konsultacjach jako program na lata 2020-2030, gdzie jest również istotny element finansowy tego projektu. Myślę więc, że wreszcie będziemy mieli bardzo spójną politykę w zakresie przeciwdziałania chorobom onkologicznym i terapii.

Jednak to nie tylko strategia onkologiczna, to też pilotaż Krajowej Sieci Onkologicznej. Oczywiście w zeszłej kadencji słyszałem wiele takich głosów: *robicie ciągle pilotaże*. Jest to częściowa prawda, jak część prawd, bo robiliśmy sporo pilotażów, ale tak też działają rządy różnych państw wysokorozwiniętych. W Stanach Zjednoczonych jest wręcz cały departament, który jest przeznaczony wyłącznie do prowadzenia pilotażów w zakresie nowych rozwiązań zdrowotnych. Natomiast jednym z tych pilotażów, takich sztandarowych i niezwykle istotnych, jest pilotaż Krajowej Sieci Onkologicznej. Jest to bardzo trudne przedsięwzięcie, ponieważ ono zmienia całkowicie sposób organizacji ochrony pacjentów, którzy cierpią na nowotwory.

Wdrożyliśmy to już, jak można powiedzieć, bo to już ruszyło w czterech województwach. Na tym ten pilotaż się kończy w takim znaczeniu, że nie będziemy dołączać kolejnych województw do pilotażu.

Następnym już krokiem w dziedzinie organizacji onkologicznej ochrony zdrowia jest wyciągnięcie wniosków z pilotażu i rozszerzenie go na cały kraj już jako strategii onkologicznej dla Polski. Te województwa, jak państwo wiecie, to: dolnośląskie, świętokrzyskie, podlaskie i pomorskie. Każde z nich jest inne. Każde z nich ma inną specyfikę, począwszy od świętokrzyskiego, które jest stosunkowo homogenne, a skończywszy na pomorskim, które jest rozproszone pod względem centrów doskonałości, jeśli tak mogę je nazwać, począwszy od centrów onkologii, które tę rolę pełnią w sposób dominujący, jak w świętokrzyskim czy dolnośląskim, poprzez współpracę ośrodków akademickich z centrami onkologii, jak w podlaskim, aż po pomorskie, gdzie prawdopodobnie dominującą rolę będzie odgrywało docelowo środowisko akademickie.

To są też zmiany w patomorfologii, która jest ogromną bolączką polskiego systemu. Wiemy, że brakuje patomorfologów. Wiemy, że ten system oceny wymaga bardzo istotnych działań i naprawy. W związku z tym, będziemy ujednolicać standard oceny patomorfologicznej. Wiemy, że często życie czy zdrowie pacjenta zależy od prawidłowej, dobrej oceny śródoperacyjnej i błąd przy tej ocenie może być odpowiedzią w kwestii „żyć" lub „nie żyć" dla pacjenta. Dlatego jakość i standaryzacja patomorfologii jest niezwykle istotna, będziemy przeznaczali istotne środki na patomorfologię.

W tej sieci onkologicznej, w tym systemie, gdzie pacjent jest przez te call centers, oncocenters prowadzony od diagnostyki, przez terapię i rehabilitację, są też tzw. unity, czyli centra leczenia narządowe, a więc: breast cancer unity, lungs cancer unity, colon unity, czyli te główne, istotne elementy. Breast cancer unity są już w trakcie kontraktowania. Czyli, ruszyło po wielu, wielu latach to, co było postulatem środowiska pacjentów, ale też ekspertów. W tej chwili opracowywane są już unity raka jelita grubego, raka płuca. I znowu, każda z nich ma inną specyfikę.

Tak jak breast cancer unity chyba były najlepiej poznane i zanalizowane, tak np. lungs cancer unity są głównie domeną środowisk akademickich, torakochirurgów. Tę specyfikę pewnych tradycyjnych uwarunkowań też trzeba brać pod uwagę, natomiast na pewno są one potrzebne. Zgłaszane są też potrzeby w zakresie raka prostaty, hematologii. W związku z tym, myślę, że to będzie docelowy model sieci tych unitów nałożony na sieć onkologiczną. Trzeba jednak pamiętać, że nie mogą to być dwa oderwane od siebie systemy.

Również istotnie zwiększyliśmy i będziemy zwiększali (co też jest jednym ze sztandarowych projektów) – badania profilaktyczne. Piętą achillesową polskiego społeczeństwa, polskiego systemu ochrony zdrowia (to jest pewnego rodzaju zaniedbanie ze wszystkich stron, bo trudno powiedzieć, że wina) jest zgłaszalność na badania profilaktyczne. To jest naprawdę bolączka. Próbujemy zmienić podejście, po pierwsze, w ogóle do badań profilaktycznych, o czym za chwilę, ale również w onkologii, gdzie jest to szczególnie istotne, bo wiemy, że rak wcześnie wykrywany jest wyleczalny. Wykrywany późno daje dramatyczne objawy. To są nowatorskie technologie, takie jak tomografia niskodawkowa, która wykrywa raka płuca lepiej niż zwykłe RTG, to są projekty robione wspólnie z MD Anderson w zakresie wykrywania nowotworów skóry, czyli głównie czerniaka, bo oni mają bardzo rozwinięte teleopiekę i teleszkolenia w zakresie wykrywania czerniaka. To też są nowotwory wątroby.

Last but not least jest coś, co WHO uznaje za najlepszą inwestycję w onkologii na dzień dzisiejszy – to są szczepienia HPV. One są zapisane w strategii onkologicznej i chcemy

w 2021 r. zacząć realizować szczepienia HPV. Docelowo powinniśmy wyeliminować raka szyjki macicy w dużym stopniu a raka głowy i szyi również w istotnym stopniu. Tak więc te działania profilaktyczne też są ważne.

Z tzw. piątki dla zdrowia alokowane jest blisko 9 mln zł w pierwszym etapie rewitalizacji Narodowego Instytutu Onkologii. To jest, oczywiście, jeden z wielu programów wieloletnich, o których później powiem, ale myślę, że on ma szczególny wymiar. Jak wiemy, centrum onkologii było budowane lata temu. Jeżeli popatrzymy na przepustowość poradni *versus* zapotrzebowanie na tę poradnię, to widzimy, jaki jest tam dramat. Powinniśmy znacznie zwiększyć możliwości tego centralnego ośrodka, ale to też ma aspekt badawczy. Wiemy, że dzięki nowoczesnej aparaturze, nowoczesnym metodom diagnostycznym i laboratoriom, będziemy również mogli uczestniczyć w tych działaniach rozwijających nową terapię a nie tylko uczestniczyć w medycynie wyłącznie naprawczej i odtwórczej.

W to wpisują się też oczywiście Agencja Badań Medycznych (o której później powiem) i projekty zwiększenia liczby centrów badań klinicznych, ale również współpraca z najlepszymi ośrodkami. Chcielibyśmy sprowadzić do Polski nowoczesne metody, choćby takie, jak Carticel, które – z jednej strony – są dostępne komercyjnie, ale w wielu wysokospecjalistycznych ośrodkach są „produkowane" (bo tak mogę nazwać ten proces) na potrzeby własnych populacji. Jest to wielokrotnie tańsze, a jednocześnie wiedza i umiejętności wytwarzania nowych substancji w Polsce na pewno są potrzebne.

To jest onkologia. Mógłbym rozwijać to oczywiście, ale, niestety, nie mamy aż tak dużo czasu.

Przejdźmy do kolejnych punktów.

Kolejnym, a właściwie pierwszym, zabójcą Polaków są choroby sercowo-naczyniowe. Myślę, że – o ile onkologia przez wiele lat nie miała spójnego działania – o tyle w kardiologii, choćby, program POLKARD dał bardzo dobre efekty w postaci leczenia najbardziej ostrych stanów, czyli zawałów serca. Oczywiście, sieć leczenia zawałów serca w Polsce była i jest doskonała, jedna z najlepszych na świecie i, mówiąc tak trochę kolokwialnie, jeżeli gdzieś dostać zawału to w Polsce. W Stanach jest to dużo gorzej leczone, często streptokinazą, co dla mnie jako kardiologa jest wręcz… czy ATP, może już nie streptokinazą, mam nadzieję. Czasem w Stanach człowiek nie ma możliwości leczenia ostrego zespołu wieńcowego, w Polsce na szczęście ta „złota godzina" jest zachowana.

Niestety, ten sukces ostrego leczenia nie przekładał się na śmiertelność długoterminową i tu wracaliśmy mniej więcej do średniej europejskiej – na szczęście, nie poniżej. W związku z tym, zaproponowaliśmy pewne działania, trudno powiedzieć nowatorskie (a wręcz odwrotnie – działania organizacyjne), które by poprawiły terapię pacjentów po tych kosztownych, drogich, bardzo skutecznych i świetnych inwestycjach początkowych. Wprowadziliśmy więc KOS-Zawał.

Okazuje się, proszę państwa, że roczna śmiertelność przy czysto administracyjnych działaniach, czyli utrzymaniu pacjenta pod opieką kardiologa i rehabilitacji kardiologicznej, spadła o 30%. To jest niespotykane, tak naprawdę, w takich nawet innowacyjnych działaniach. Oczywiście, zależy, w którym województwie. To też pokazuje niezwykle ważną rolę integracji całej Polski, to, co ja często powtarzałem, że czasami ważniejszy jest kod pocztowy niż kod genetyczny.

To samo jest w onkologii, to samo jest – okazuje się – w kardiologii. Są województwa, gdzie ta śmiertelność niewiele spadła, ponieważ opieka nad pacjentem była prowadzona w sposób prawidłowy, a są województwa, gdzie ta redukcja śmiertelności sięgała więcej niż 50%. To są dosyć szokujące dane, ale one pokazują, że te standardy organizacyjne, administracyjne, czyli administrowanie ścieżką pacjenta w toku diagnostyki i terapii, potrafi czasem dać niesamowite efekty. W związku z tym, na pewno w tej kadencji czeka nas rozszerzenie tego programu KOS-Zawał właściwie jako obowiązującego standardu w całej Polsce, po to, żebyśmy nie mieli pacjentów, którzy wyleczeni z ostrego zawału kończą potem, niestety, z niewydolnością serca i drastycznym pogorszeniem.

To jest też program KONS, który jest w trakcie realizacji z Polskim Towarzystwem Kardiologicznym. Zakłada on podobnie, kompleksową i koordynowaną opiekę już nad pacjentami z niewydolnością serca. To jest daleko bardziej skomplikowany projekt niż

KOS-Zawał, myślę natomiast, że docelowo jest to projekt, który musimy wdrożyć i z nim się zmierzyć, dlatego że niewydolność serca w tej chwili jest główną zmorą kardiologii i często główną przyczyną śmiertelności. W tym zakresie jest ogromna rola współpracy pomiędzy lekarzami pierwszego kontaktu a ośrodkami wysokospecjalistycznymi. Na tym polegać ma ta koordynacja, aby pacjenci, którzy mają zaostrzenie niewydolności serca szybciej trafiali do ośrodków specjalistycznych, ale ci, którzy nie muszą trafiać do tych ośrodków specjalistycznych, mogli pozostać pod opieką POZ, natomiast z opcją „telefonu do przyjaciela", czyli do ośrodka wysokospecjalistycznego.

To jest również rozwój czegoś, co już wdrożyliśmy. Niestety, tutaj będą się przewijały często takie rzeczy, które rozpoczęliśmy nawet w postaci pilotażu, jak trombektomia mechaniczna, ale które wymagają na pewno w tej chwili ciężkiej pracy w regionach, żeby usprawnić… Wdrożyliśmy właściwie sieć trombektomii. Tych ośrodków jest przynajmniej tyle, ile sugeruje środowisko. Wiemy, że pacjentów, którzy się kwalifikują, jest w Polsce od 4 do 5 tys. rocznie. W związku z tym, po pierwsze – i tu ważna jest współpraca wszystkich państwa posłów – nie ma sensu rozmnożenie tych ośrodków, bo wtedy ten dyżur 24/7 w danym ośrodku spowoduje, że ekip, których będziemy potrzebowali (a przypominam, że jest to wiele osób) będzie dostępnych bardzo mało, a po drugie, krzywa uczenia nigdy nie zostanie osiągnięta. Zatem ta koncentracja jest niezwykle ważna. Jednak, z drugiej strony, dlatego to się nazywa sieć, że wszystkie oddziały udarowe powinny współpracować w regionach z tym centrum, które ma kompetencje leczenia zabiegowego.

Dlatego też ogromna prośba i apel do państwa, żeby państwo wspierali ten rozwój również jako posłowie w swoich regionach.

Musimy się zmierzyć w tej chwili z tym, z czym zmierzyliśmy się w onkologii, czyli z Narodowym Programem Zdrowego Serca, mówiąc ogólnie. Został on zlecony do opracowania pomiędzy Narodowy Instytut Kardiologii a towarzystwa naukowe z zakresu chorób sercowo-naczyniowych i konsultantów krajowych, po to, żebyśmy mieli, tak jak w onkologii., pewien strategiczny dokument na lat 10, nie rozbudowany nadmiernie, ale mający konkretne punkty do spełnienia, w przypadku którego Rada Ministrów będzie mogła rozliczyć działania resortu w tym aspekcie.

Podobnym planem, jak zdrowego serca czy onkologicznym, jest plan na rzecz chorób rzadkich, który jest już opracowany. Jest w tej chwili na poziomie Rady Ministrów. Czekamy na swoją kolejkę w zakresie legislacyjnym. Choroby rzadkie, chociaż tak się nazywają, dotykają dużej części populacji polskiej, bo to jest 6-8%.

Do tej pory był problem z pewną specyfiką, głównie terapii dla tych grup pacjentów. To są małe grupy pacjentów. Leki sieroce mają inną specyfikę, ale leki dla chorób rzadkich mają też swoją specyfikę, szczególnie w aspekcie refundacji. Jest więc tu wymagane inne podejście do procesu refundacyjnego, choćby dlatego, że ocenę kosztoefektywności, która normalnie jest obligatoryjnie stosowana w przypadku wszystkich leków, w przypadku leków dotyczących chorób rzadkich tak naprawdę trudno przeliczyć. Tam kosztowość zawsze jest bardzo wysoka, pomimo że czasami ten lek jest stuprocentowo skuteczny. Tak jak jest teraz z nusinersenem, czyli lekiem na stwardnienie zanikowe boczne. Gigantyczny sukces, ponad połowa polskiej populacji jest objęta leczeniem. Dziewięćdziesiąt kilka procent noworodków, które się rodzą z SMA, jest objętych leczeniem... w pół roku.

Tutaj bardzo dziękuję kolegom i koleżankom neurologom za bardzo intensywną pracę, bo objęcie połowy populacji zajęło Niemcom kilka lat. U nas zadziało się to w pół roku. Tak więc, ogromny szacunek dla ekspertów, że tak szybko udało się to zrobić.

Pewnym wyzwaniem, które nas również czeka – ja to powiem sumarycznie – są: transplantologia, krwiodawstwo i krwiolecznictwo, bo wiemy, że możliwości techniczne transplantologii rosną. Wiemy, że możliwości terapeutyczne farmakologii transplantacyjnej bardzo rosną. Wiemy, że w tej chwili ludzie po przeszczepie narządów funkcjonują w społeczeństwie właściwie, żyją zupełnie dobrze i te ograniczenia są minimalne.

Czego brakuje? Niestety, brakuje nam dawców. Tu też jest pole do wspólnej pracy i przekonywania, szczególnie społeczeństwa, że to jest pewien dar życia, który naprawdę może uratować innym osobom zdrowie i życie, a osobie zmarłej jest to już, tak naprawdę,

nieprzydatne. To jest ten aspekt edukacyjny, ale też mobilizujący, bo wiemy, że liczba pobrań w polskich ośrodkach zdrowia jest jeszcze zbyt niska. Jest to też aspekt częstszego pobierania pewnych tkanek, nie tylko narządów, bo wiemy, że rogówki, które można przeszczepiać, są w tej chwili pobierane niezwykle rzadko a właściwie za każdym razem mogłyby być pobierane. Musimy dokupować rogówki spoza granic Polski, a szkoda, bo mielibyśmy tutaj szanse.

Tutaj jest ogromna szansa dla państwa, i też moja prośba o wspólne takie działanie na rzecz transplantologii, żebyśmy wspierali w przestrzeni publicznej transplantologię i pokazywali jako rzecz niezwykle dobrą dla człowieka.

To też jest leczenie krwią i lekami krwiopochodnymi. Właściwie od wielu lat niedotknięty został problem fabryki leków osoczopochodnych. Zaczynamy ten temat w postaci propozycji zmian gospodarki osocza, jako usługowe frakcjonowanie. Jako pierwszy stopień, docelowo potrzebna jest fabryka osocza w kraju. To zresztą są standardy europejskie. Kraj taki jak Polska powinien mieć zapewnienie dostępności własnego osocza. Myślę, że w tej kadencji jest realne, żeby ten projekt był finalizowany.

Przechodząc do dużego, też sztandarowego projektu, o którym już wspomniałem, czyli badań profilaktycznych, powiem, że w tym zakresie zderzamy się i zmierzamy z wyzwaniem wynikającym z przeświadczenia polskiego społeczeństwa, że chodzenie na badania profilaktyczne nie jest w dobrym tonie. Jeżeli popatrzymy na odsetek pacjentów, którzy zgłaszają się czy na kolonoskopię, czy np. na mammografię, to w porównaniu z krajami skandynawskimi (jest to, oczywiście, przykład ekstremalny) – tam sięga to dziewięćdziesięciu kilku procent. Tak więc, tu jest ogromna praca dla nas, ale jednocześnie zobowiązaliśmy się dostarczyć taki produkt w systemie ochrony zdrowia, czyli darmowe badania profilaktyczne dla populacji polskiej powyżej 40 r.ż., pracujemy nad tym. Szacujemy, że to jest ok. 14 mln osób i, że wśród tych 14 mln możemy wykryć ok. 2 mln osób chorych.

Musimy też zdawać sobie sprawę z tego, że wprowadzenie tak szerokiego programu profilaktycznego skutkuje zarówno fałszywie pozytywnymi wynikami, jak i fałszywie ujemnymi. Myślę więc, że budowanie tej świadomości – co oznacza duży program profilaktyczny, oznacza wykrywanie chorób, ale też oznacza fałszywie dodatnie i fałszywie ujemne wyniki – powinno być propagowane szczególnie przez Komisję Zdrowia, po to, żeby polscy obywatele mieli tego świadomość, że to nigdy nie jest badanie stuprocentowo kończące dyskusję. To znaczy – to, że w badaniach profilaktycznych wyszło coś ujemnie, że jestem zdrowy, nie oznacza, że jestem zdrowy na całe życie. Natomiast, jeżeli popatrzymy na takie programy profilaktyczne jak np. w Wielkiej Brytanii – NHS Health Check, to ewidentnie przyniósł poprawę rzeczy, które z pozoru wydają się mało błahe, czyli obniżenie ciśnienia i cholesterolu, ale jeżeli popatrzymy na efekty odległe umieralności, chorobowości, to są to gigantyczne korzyści dla populacji.

Oczywiście, rodzi się pytanie: w jaki sposób to zorganizujemy, aby do badań profilaktycznych zgłosiło się naprawdę wiele osób? Pracujemy nad takim rozwiązaniem, które pozwoli na dużą penetrację tego produktu w populacji, ale to jest jeszcze w fazie opracowań. Mamy pierwsze sto dni rządu, żeby przedstawić te rozwiązania.

Kolejną bolączką, chyba jedną z największych dla Polaków, są – oczywiście – kolejki. W tym zakresie w prosty sposób trzeba powiedzieć, że te kolejki w wielu obszarach są jeszcze nieakceptowane. W części obszarów, również dzięki tym wzrastającym nakładom, udało się te kolejki zabezpieczyć, skrócić czy wręcz bardzo skrócić, tak jak w przypadkach zaćmy, tomografii czy rezonansie, tj. o blisko kilkaset tysięcy. To jest jednak temat, w przypadku którego, dzięki doświadczeniom z działań w tych obszarach, które wspomniałem, czy też w zakresie endoprotez, możemy ten mechanizm zastosować do innych obszarów, czyli do specjalistów. Wiemy, że wprowadzenie nielimitowanych świadczeń w przypadku specjalistów jest swego rodzaju koniecznością, ale to nie jest jedyne działanie, które zaskutkuje natychmiastowym skróceniem kolejek, bo – po pierwsze – w części obszarów mamy bardzo mało specjalistów, po drugie – wycena AOS przez Narodowy Fundusz Zdrowia jest nadal bardzo niska w porównaniu z rynkową pozycją.

W związku z tym, musimy (zresztą tak, jak i w innych obszarach) działać wieloaspektowo: po pierwsze – nie limity, po drugie – zwiększenie wyceny, po trzecie – zwiększenie

liczby specjalistów w tych obszarach, w przypadku których, niestety, pewnie jest to najtrudniejsze do zmiany i najdłuższe. Zatem na pewno będziemy w tej kadencji w istotny sposób działać w tym obszarze, czyli w AOS, bo koordynacja pomiędzy POZ a AOS… Zakończyły się właśnie dyskusje z POZ-em i pewnie państwo to zauważyli (a może nie), że często w tym okresie były zamykane gabinety POZ i moi poprzednicy zawsze mieli problem w zderzeniu z pewnymi roszczeniami i dyskusjami z POZ. Oczywiście, racje były pewnie po obu stronach (jak zwykle), ale na szczęście w tym roku udało się – zresztą, w poprzednim też – uniknąć tych niesnasek, dyskusji.

Chciałbym również zauważyć, że środowisko POZ w tej chwili bardzo rozsądnie podchodzi właśnie do sprawy koordynacji pomiędzy AOS a POZ. Coraz więcej programów jest dedykowanych POZ w postaci płacenia za efekty. I to jest kolejny kierunek, który będziemy bardzo wzmacniać, czyli w Narodowym Funduszu Zdrowia wszelkie mechanizmy, które pozwolą płacić za efekt a nie tylko za usługę.

W POZ to są programy, które pozwalają zmniejszyć liczbę pacjentów, którzy są kierowani do AOS-u, do specjalisty, pozwalają prowadzić przewlekłe choroby, takie, które do tej pory trafiały do specjalistów. To jest jeden z elementów, który akurat w Polsce jest w tzw. odwróconej piramidzie – więcej pacjentów trafia do specjalistów niż gdziekolwiek w Europie w pewnych chorobach. W związku z tym, będziemy starali się zachętami administracyjno-finansowymi poprawić ten stosunek pacjentów leczonych w POZ i AOS, jednak bez zwiększenia środków i bez udostępnienia nielimitowanych świadczeń nie naprawimy tego, oczywiście.

Kolejnym obszarem, w którym w dosyć istotny sposób zadziałaliśmy, była opieka okołoporodowa, gdzie udało się wdrożyć standardy opieki porodowej i program, który zaczął funkcjonować a więc „Dieta Mamy". Myślę, że żywienie szpitalne to jest też aspekt, który dotyka bardzo wielu Polaków. W tym zakresie, dzięki wystandaryzowaniu diety… Zaczęliśmy akurat od pacjentek ciężarnych. Myślę jednak, że ten program powinniśmy rozszerzyć na większą populację, dlatego że spotkał się z bardzo dobrym odzewem ze strony jednostek. Myślę też, że pacjenci tego oczekują.

Takie rzeczy, jak bezpłatny pobyt przy dziecku czy opieka stomatologiczna w szkołach, były już wielokrotnie przedmiotem dyskusji. To, co jest nowego w tym zakresie, to sfinansowanie przez NFZ zespołów leczenia bólu u dzieci. Do tej pory nie mieliśmy w Polsce takiego produktu i często słyszeliśmy, że jak była operacja, to musi boleć. To nieprawda. Oczywiście, wiemy to. W związku z tym Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji przygotowała produkt finansowania dedykowany zespołom leczenia bólu u dzieci lub finansowania, a NFZ teraz finansuje te działania. Mamy szansę to poprawić, na pewno na początku w tych większych szpitalach. Tam, gdzie jest operatywa pediatryczna, te zespoły powinny naprawdę działać, i to zespoły, które leczą ból a nie tylko leczą chorobę podstawową.

Z jednej strony mamy populację młodą, a z drugiej strony, mamy demografię i populację starszą. To, oczywiście, również znalazło się w tej „piątce dla zdrowia", czyli opieka nad populacją senioralną. Jest również parę aspektów, w których pracujemy.

Po pierwsze, tzw. DDOM-y. Mieliśmy również swego rodzaju pilotaże DDOM -ów robione w ramach Ministerstwa Zdrowia. One cieszyły się niezwykłą popularnością. DDOM-y – przypominam – polegają na tym, że pacjenci są do tych ośrodków kierowani na dzień. Tam jest również opieka medyczna. Można się skontaktować ze specjalistą, pielęgniarką, fizjoterapeutą.

Te DDOM-y w tej chwili są wpisywane do koszyka świadczeń gwarantowanych. Będą one normalnie finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia już nie jako pilotaże, nie jako programy ministerialne, ale jako produkt dla każdego Polaka. W związku z tym, mam nadzieję, że one za chwilę trafią do programów konkursowych NFZ. Myślę, że to dla populacji lokalnych jest niezwykle istotne. Wiemy, że wytchnienie, które dają DDom-y, szczególnie dla rodzin, które opiekują się najbliższymi, są niezwykle ważne.

Oprócz tego, mamy oczywiście opracowywane działania centrów 75+ u pana prezydenta i w Narodowej Radzie Rozwoju, które są pewną odpowiedzią na zapotrzebowanie w aspekcie geriatrycznej opieki dla chorych. Mamy też działania w zakresie ZOL-i, któ-

rych finansowanie w tej chwili bardzo szybko zwiększamy. Wiemy, że to jest również oczekiwane przez społeczeństwo.

Opracowujemy także pewne działania, które pozwolą na przekształcanie i tworzenie ZOL-i w jednostkach sieci szpitali, po to, żeby w tych szpitalach, gdzie (co ja słyszę) pacjenci przewlekle chorzy często leżą na tzw. internie, część z nich mogła być pod opieką ZOL-i. Z jednej strony, zapewniłoby to bezpieczeństwo tym pacjentom, a z drugiej strony, mielibyśmy prawidłowo wykorzystywane łóżka szpitalne, które są dedykowane zupełnie czemuś innemu. Opieka nie powinna być tak medykalizowana, jak jest dzisiaj.

To jest również program Dostępność Plus dla zdrowia. Trzeba powiedzieć, że jest wiele działań, które robimy, także w ambulatoryjnej opiece, gdzie finansujemy ułatwienia dostępności dla osób niepełnosprawnych w zakresie grantów, ale też w opiece szpitalnej.

Kolejnym takim obszarem, który jest (i był przez lata zaniedbany), jest psychiatria – psychiatria dorosłych i psychiatria dziecięca. Udało się w zeszłej kadencji skupić i też rozpocząć program psychiatrii dorosłych. W tym zakresie pan dr Balicki wykazał ogromną pomoc. Udało się stworzyć model, który jest przez psychiatrów chwalony, gdzie pacjent z problemem psychicznym w ciągu 72 godzin otrzymuje poradę w centrach zdrowia psychicznego.

Ten program pilotażowy jeszcze rozszerzamy o kolejne ośrodki. Niektóre województwa, jak np. podlaskie, są objęte całkowicie nową organizacją opieki psychiatrycznej dorosłych. To pozwoli mieć nadzieję, że szpitale psychiatryczne i oddziały psychiatryczne dorosłych będą kierowane raczej w stronę medycyny, psychiatrii sądowej, a nie w stronę hospitalizacji pacjentów, którzy mogą funkcjonować w społeczeństwie, podczas gdy w centrach otrzymują pomocnika zdrowienia psychicznego, osobę, która sama ma doświadczenia z problemami zdrowia psychicznego i podpowiada, w jaki sposób wrócić do zdrowia.

Jednak ogromny problem psychiatrii dziecięcej jest nadal w fazie, trudno powiedzieć, że pilotażu, bo to nie jest pilotaż, ale jeśli chcemy zmienić model opieki psychiatrycznej dziecięcej… W tej chwili większość porad w przypadku osób z problemami zdrowia psychicznego to są porady psychiatryczne, a tak naprawdę porada psychiatryczna powinna być na końcowym etapie, jako medykalizacja, a wcześniej potrzebujemy terapeutów, psychologów, psychologów środowiskowych.

W związku z tym, w tej chwili rusza program kontraktowania 300 poradni, gdzie na tym pierwszym poziomie będą właśnie psychoterapeuci, psycholodzy, a dopiero na drugim i trzecim poziomie – psychiatrzy. To muszą być poradnie blisko szkół, bo często przyczyny problemów okresu dojrzewania, problemów dziecięcych są wychwytywane czy zauważane w szkołach. Chcielibyśmy, żeby to jak najszybciej ruszyło. Mam nadzieję, że w tym roku a właściwie teraz, już za chwilę, ruszy.

Na taką poradnię przeznaczone jest finansowanie ryczałtowe. Około 500 tys. zł na rok na poradnię. Jest to kwota, która pozwoli zabezpieczyć czteroosobowy zespół, żeby w tej poradni sprawnie funkcjonował. Myślę, że w momencie ruszenia tych poradni dziecięcych znacznie mniej osób trafi do oddziałów psychiatrii dziecięcej, bo wiemy, że często z powodu tej medykalizacji diagnostyka i terapia są prowadzone na oddziale a mogłyby być właśnie w lecznictwie otwartym, w poradni, tylko że tych poradni, po prostu, nie było.

Jednocześnie chciałbym powiedzieć, że zwiększamy nakłady, bo sama organizacja niewiele by dała, jeżeli nie zwiększylibyśmy nakładów. W 2014 r. to było 2,3 mld zł na psychiatrię a obecnie mamy ponad 2,9 mld zł. Mam nadzieję, że te problemy zdrowia psychicznego będą coraz bardziej istotnym i dominującym punktem w budżecie NFZ.

Ja tylko przypominam, że szacunki są takie, że choroby mózgu i układu nerwowego, jeżeli włączymy w to demencję, wszystkie choroby neurologiczne, są w tej chwili największą grupą chorób na świecie, które dotykają społeczeństwa rozwinięte, i najbardziej kosztowną. W związku z tym, też musimy mieć świadomość, że oprócz onkologii i chorób sercowo-naczyniowych, cukrzycy, chorób cywilizacyjnych to choroby mózgu i układu nerwowego są jedną z najważniejszych przyczyn absencji, kosztów i opieki, i nie tylko medycznej opieki, bo przy demencjach jest to również opieka społeczna.

Jednym z niezwykle istotnych obszarów jest informatyzacja. Tutaj wiele już zostało zrobione. Myślę, że mamy ogromny postęp w informatyzacji ochrony zdrowia. Mamy

e-zwolnienia, które może nie bezpośrednio dotykają Ministerstwa Zdrowia, ale pacjentów, owszem. Mamy od jutra, czy od dzisiaj… który dzisiaj jest? – od dzisiaj, dni się mylą, mamy e-receptę, która działa – 4 tys. e-recept na minutę. To jest chyba największa usługa „e" w państwie polskim, dedykowana obywatelom, nie ma większego wolumenu usługi elektronicznej czy sieciowej niż e-recepta. To pokazuje skalę, z jaką się zmierzyliśmy i jaką udało się nam udźwignąć.

To jest też Internetowe Konto Pacjenta. To są e-skierowania, na które jeszcze czekamy. Natomiast to nam daje bardzo wiele nie tylko korzyści po stronie pacjenta, ale – co chciałbym bardzo wyraźnie podkreślić – także bardzo wiele narzędzi administracyjnych po stronie Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia, dlatego że przy informatyzacji możemy posługiwać się narzędziami dużych baz danych i analizować choćby temat, który był od zawsze dyskutowany, czyli liczbę lekarzy wystawiających dokument elektroniczny. To znaczy, liczbę lekarzy, która bezpośrednio pracuje z pacjentem, a więc, np. wystawia zwolnienia, bo e-recepty można wystawiać również dla siebie, dla rodziny, natomiast e-zwolnienie – dla pacjenta, dla siebie nie wystawia się e-zwolnień. W związku z tym, to nam daje wiedzę o całym systemie dystrybucji pracy ekspertów, czyli lekarzy. Stąd ostatnio wynikają te wypowiedzi, które przytaczałem, że po prostu tych lekarzy w Polsce jest akurat tyle, ile NRL ma w swoich bazach danych. Czyli, lekarzy uprawnionych do wydania e-zwolnienia jest ok. 149 tys. To oznacza, że pracujących bezpośrednio z pacjentem mamy mniej więcej 3,5-3,6 na 1000 mieszkańców.

Czeka nas w tej kadencji e-skierowanie i elektroniczna dokumentacja medyczna, do końca 2021 r. To jest ogromny temat informatyzacji, z którym wiele krajów europejskich się zderzyło i na tym poległo. My na razie ten problem informatyzacji ochrony zdrowia ciągniemy chyba bez bardzo dużych wpadek. Natomiast w momencie, gdy uda się tę elektroniczną dokumentację medyczną wdrożyć do końca, to będziemy mogli powiedzieć, że jesteśmy w dobie cyfrowej służby zdrowia.

To się wiąże z Narodowym Funduszem Zdrowia. NFZ do tej pory był instytucją w dużym stopniu analogową, a my potrzebujemy instytucji „cyfrowej". To znaczy, żeby analizy, usprzętowienie i możliwość NFZ, przy dysponowaniu niedługo ponad 100 mld zł, były adekwatne do dzisiejszego, współczesnego świata.

Chcemy zmienić choćby zapisywanie się do specjalistów na zdalne a nie przez numerek. Już wdrożyliśmy call center Narodowego Funduszu Zdrowia. Ono musi się również zdigitalizować w postaci elektronicznej. Wiem, że w niektórych krajach, co prawda znacznie mniejszych od Polski, można online śledzić dostępność choćby wizyty lekarskiej. W tej chwili możemy mówić o dostępności pewnych usług, ale poprzez telefoniczny kontakt z call center, które już działa.

Taka ciekawostka – czas, w którym czeka się na podniesienie słuchawki w tym call center to ok. 15 sekund, z tego, co pamiętam. To pokazuje, jak profesjonalnie zostało to wdrożone. Jest to usługa dla całej Polski – przypominam.

W związku z tym, mamy już w tej chwili początki pewnej obsługi zdalnej (mam nadzieję, że one szybko się zmienią) plus to, co już zaczęliśmy wdrażać – obligatoryjne rejestry efektów. W tej chwili ruszyliśmy z takimi obligatoryjnymi rejestrami efektów w części ortopedii, w części kardiologii, w okulistyce. Docelowo ten model musi być bardzo powszechny, z pełną świadomością ryzyk związanych z efektem chorego i trudnego pacjenta *versus* pacjenta łatwego. W związku z tym, to nie jest proste do wdrożenia, tutaj ocena jakości musi się wiązać z oceną ryzyka. Natomiast już te rejestry wdrażamy i – tak jak powiedziałem – w kardiologii, ortopedii i okulistyce będziemy mieli wreszcie ocenę, czy pacjent, który poddał się terapii, skorzystał na tym. Jeżeli popatrzymy na operację zaćmy, o której już mówiliśmy, to – niestety – nie zawsze ta ocena ostrości wzroku była robiona we wszystkich jednostkach. W tej chwili jest obligatoryjna i możemy w prosty sposób stwierdzić, czy dany ośrodek, czy dany szpital ma dobre efekty, czy niekoniecznie.

To jest w tej kadencji wyzwanie dla Narodowego Funduszu Zdrowia – wprowadzenie informatyzacji i obligatoryjnych rejestrów, dlatego że docelowo musimy zmienić system płatnika w system, jak to nazywam, trochę ubezpieczyciela, ponieważ oprócz płacenia za usługę, NFZ powinien też patrzeć na to, jak ta usługa została wykonana i na ile pomogła pacjentowi. To nie tylko są zabiegi, to nie tylko są procesy terapii i hospitalizacji,

to jest również farmakoterapia. Coraz więcej firm proponuje pewnego rodzaju odpłatność za efekt terapii a nie samą terapię.

To jest bardzo interesujący kierunek, dlatego że wtedy wiedzielibyśmy, że refundujemy skuteczne leczenie a nie tylko leczenie, jednak do tego potrzebujemy informatyzacji i także oprzyrządowania NFZ.

Zmieniliśmy również Narodowy Fundusz Zdrowia odnośnie do kontroli i kontroli jakości. Korpus kontrolerski istnieje już w centrali Narodowego Funduszu Zdrowia a nie w wojewódzkich oddziałach. Ten korpus kontrolerski będzie musiał być rozbudowany, jeżeli chcemy, abyśmy jakość usług medycznych mieli w Polsce na wystarczającym poziomie, bo – niestety – kontrolerów było za mało, aby móc realizować choćby postulaty państwa i postulaty pacjentów o kontrole w niektórych jednostkach.

Kolejna rzecz, to dwumiliardowy fundusz modernizacji szpitali, który przygotowujemy, a który będziemy w tym roku wdrażać. On oczywiście ma też służyć temu, aby Ministerstwo Zdrowia mogło kontrybuować do inwestycji w szpitalach sobie niepodległych. Jak państwo wiecie, Ministerstwo Zdrowia nie może kontrybuować do inwestycji w szpitalach sobie niepodległych, tylko bezpośrednio podległe szpitale mogą korzystać z pieniędzy rządowych. W tej chwili chcielibyśmy, żeby taką szanse miały szpitale, którymi również zarządzają samorządy a nie tylko rząd.

Są to też inwestycje w inne obszary. W poprzedniej kadencji mieliśmy około 2,5 mld zł w programach wieloletnich. To są różne obszary finansowania, głównie dużych klinicznych szpitali uniwersytetów medycznych, ale to nie tylko to, bo to jest też 1,7 mld na inwestycje związane *stricte* z onkologią, czyli na różne wysokospecjalistyczne urządzenia. To jest 1,5 mld, które w tej chwili poszło w ratownictwo medyczne, które jest kolejnym obszarem bardzo istotnym – i 0,5 mld, które poszło w centra symulacji medycznej, po to, żeby właśnie zyskiwać tych specjalistów szybciej niż do tej pory.

W związku z tym, że planujemy coraz większe inwestycje ze wzrastających środków, to chcemy również zmienić ustawę tzw. IOWISZ-ową, choćby po to, żeby połączyć ocenę pozytywną, czyli wynikającą z map potrzeb zdrowotnych i lokalnych potrzeb, z kontraktowaniem z Narodowym Funduszem Zdrowia. W tej chwili, tak naprawdę, ocena zasadności inwestycji nie jest potrzebna do tego, żeby potem występować do NFZ. Chcemy to zmienić, że jeżeli ocena jest negatywna, to NFZ nie może przyznawać środków publicznych na finansowanie usługi. Wydaje się to być bardzo racjonalne z punktu widzenia gospodarowania finansami publicznymi, bo w końcu nie chodzi o dzikie inwestowanie tam, gdzie tego nie potrzeba a niedoinwestowanie obszarów, gdzie one są potrzebne. To też jest w perspektywie prac na przyszłą kadencję.

Opracowujemy również potrzeby w przyszłej perspektywie Unii Europejskiej. Tak naprawdę, będziemy tu mieli kilka priorytetów, ale one będą w większości skupiały się wokół demografii i wyzwań demograficznych i, oczywiście: profilaktyki, promocji zdrowia, potrzeb osób pracujących i promocji postaw prozdrowotnych, ale też koordynowania opieki i e-zdrowia. Jednak większość z tych programów będzie skupiona wokół jednego przewodniego motywu – starzejącego się społeczeństwa i demografii, bo tak naprawdę, takie są realia Polski.

Mówiłem o ratownictwie. Ratownictwo, to jest program szeroko pojęty. Ratownictwo, czyli system ratownictwa medycznego, SOR-y, ale chciałbym tu też powiedzieć trochę o izbach przyjęć.

W ratownictwie medycznym zrobiliśmy kilka rzeczy, które – oczywiście – wsparły system ratownictwa. Wiadomo, że to choćby wynagradzanie ratowników medycznych, co oni postulowali od dawna, ale też program karetek medycznych. Kupiliśmy również, czy właściwie rozstrzygnęliśmy fakt, że będziemy inwestowali w nowe samoloty dla ratownictwa medycznego Lotniczego Pogotowia Ratunkowego, co też nie jest bez znaczenia.

Oczywiście, zderzyliśmy się też ze sprawą SOR-ów. To jest problem, jak państwo doskonale wiecie, również koordynacji pomiędzy POZ, nocną i świąteczną pomocą lekarską, szpitalnymi oddziałami ratunkowymi, liczbą kadry w szpitalnych oddziałach ratunkowych i wielkością środków finansów, które trafiają do szpitalnych oddziałów ratunkowych.

W związku z tym, w połowie zeszłego roku zwiększyliśmy o 10% stawki bazowe dla szpitalnych oddziałów ratunkowych i izb, ale również zwiększyliśmy przelicznik za pacjenta w zakresie szpitalnych oddziałów ratunkowych. To dało wzrost około kilkunastu procent, ale też, jeśli popatrzymy sumarycznie, to w roku 2020 zwiększamy finansowanie ratownictwa o blisko 300 mln zł. A konkretnie, o 245 mln zł, żeby nie było niedomówień. To jest 2,411 mln zł. To jest bezprecedensowy skok w zakresie finansowania ratownictwa medycznego, jeśli chodzi o ilość środków, które są przekazywane na SOR-y.

Oczywiście, wdrażamy też system triage-u we wszystkich SOR-ach w całej Polsce, przy jednoczesnej koordynacji z POZ (jak powiedziałem na początku), który jednak jest chętny do współdziałania i z pewną zmianą w zakresie nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej, posadowienia jej w bezpośrednim sąsiedztwie szpitalnego oddziału ratunkowego a nie, tak jak dotychczas, że one były wyeksmitowane czasami do centrum miasta, a SOR był zupełnie gdzieś indziej, mamy szansę zmniejszyć napór na SOR-ach.

Wreszcie, dzięki zobligowaniu SOR-ów do raportowania, mamy też szansę dowiedzieć się, które SOR-y mają najbardziej dramatyczną sytuację, oczywiście nie tylko w przestrzeni publicznej, medialnej (bo często to wiemy, bo bywamy na tych SOR-ach, czy słyszymy o pacjentach czekających), ale również w konkretnych liczbach. Jeżeli bowiem mamy duże SOR-y w szpitalach akademickich, klinicznych, gdzie średni czas oczekiwania to trzy godziny i mamy SOR-y, gdzie czas oczekiwania to kilkanaście godzin, to znaczy, że chyba zarządczo te SOR-y z kilkunastoma godzinami nie działają prawidłowo, bo inne przykłady w Polsce świadczą o tym, że może to być zorganizowane w sposób bezpośredni.

Zmieniamy również ratownictwo medyczne. W tym zakresie była część pilotażów, które już się odbyły, choćby w Zachodniopomorskiem pilotaż systemu „rendez-vous", czyli, że lekarz jest na SOR a kiedy karetka potrzebuje lekarza to on dojeżdża do tej karetki. System, który zresztą znamy z funkcjonowania w Stanach Zjednoczonych, ale nie tylko. Ten system tam bardzo dobrze zdał egzamin. On jest możliwy do wprowadzenia wszędzie, bo część rozmieszczenia SOR-ów w sieci w Polsce jest taka, że musi być karetka wyjeżdżająca z lekarzem, ale w większości obszarów kraju to jest do zrealizowania. To również znacznie usprawnia funkcjonowanie tego systemu.

I ostatnia rzecz, o której chciałem powiedzieć, to kadry medyczne. W tym zakresie – jak trochę wspomniałem – działaliśmy głównie w obszarze lekarzy. Dlatego też wczoraj trafiła na posiedzenie rządu i została przyjęta ustawa o zawodzie lekarza i lekarza dentysty, która zmienia całkowicie system kształcenia młodych adeptów. Jak powiedziałem, bez zwiększenia liczby specjalistów w pewnych obszarach będziemy zablokowani tym miernikiem. Natomiast nowa ustawa daje znacznie szybsze wejście do zawodu – przy zdaniu egzaminu śródokresowego w czasie specjalizacji – dany lekarz już może być raportowany do Narodowego Funduszu Zdrowia jako pełnoprawny uczestnik systemu. To pozwoli na szybsze wchodzenie do zawodu, już po dwóch latach i zdanym egzaminie, dla tych kolegów, którzy będą chcieli. To zwiększa jakby ich atrakcyjność na rynku i pozwala lepiej funkcjonować.

Jednocześnie, przy zmianie systemu kształcenia i scentralizowaniu np. naborów na specjalizację (pewnie nie wszyscy państwo to wiecie) do tej pory niektórzy wybitni absolwenci nie mogli się dostać na specjalizacje, bo nabór był wojewódzki. W związku z tym, odpadali w województwach, gdzie ten próg był bardzo wysoki, podczas gdy w innym województwie tych miejsc było ileś. W tej chwili będzie to całkowicie centralny nabór. Absolwenci będą mieli szansę sprawdzić, w których miejscach chcą i zaproponować te miejsca, gdzie chcą odbywać staże specjalizacyjne czy odbywać specjalizację.

To pozwoli usprawnić ten proceder a jednocześnie… procedurę, przepraszam – owszem, tak, jako syn polonistki powinienem wysławiać się precyzyjniej.

Tę procedurę usprawnić…

Proceder ma pejoratywny wydźwięk, chociaż logicznie jest pewnie prawidłowy…

W związku z tym, pozwoli to usprawnić tę procedurę i znacznie poprawić warunki odbywania się tych specjalizacji.

Ponadto, co jest istotne z mojego punktu widzenia, część specjalizacji będzie musiała odbyć się w szpitalach I i II stopnia referencyjności, czyli najczęściej w tzw. szpitalach powiatowych i miejskich. To pozwoli młodym kolegom na poznanie medycyny nie tylko

klinik i wysokospecjalistycznych jednostek, ale również *real-life*. Z drugiej strony, do tej pory najczęściej bardzo trudno było pozyskać specjalizanta w tychże jednostkach, chociaż często dostępność do pewnych procedur, których muszą się nauczyć, choćby w chirurgii ogólnej, w szpitalach powiatowych była znacznie, znacznie lepsza niż w szpitalach klinicznych czy instytutach, gdzie liczba specjalizujących się na jednego pacjenta była wielokrotnie wyższa.

To też są pewne usprawnienia w zakresie egzaminów nostryfikacji czy państwowego egzaminu weryfikującego, bo wiemy, że nostryfikacje dyplomów były bardzo różne w różnych instytucjach, uniwersytetach, a osoby, które nie chciały ani pracować naukowo, ani dydaktycznie, chciały tylko potwierdzenia swoich kompetencji zawodowych, mogą to zrobić, zgodnie z projektem nowej ustawy, poprzez egzamin weryfikacyjny państwowy, tak ja inni kończący studia w Polsce. To jest też poprawa sytuacji szkolących, bo od 2021 r. szkolący młodych adeptów będą otrzymywali za to wynagrodzenie. Myślę, że to jest wreszcie docenienie roli osób, które przekazują swoją wiedzę. Pomimo, że w Kodeksie Etyki Lekarskiej jest wyraźnie napisane, że mamy się dzielić swoją wiedzą, to jednak czas spędzony z młodym kolegą czy koleżanką powinien być też doceniony w wymiernej postaci… oczywiście, to jest wliczone w koszty ogólnie działu Ministra Zdrowia, w związku z tym, będziemy to finansować w ramach „ustawy 6%”.

Oczywiście, jest jeszcze cały obszar innych zawodów, powiedziałem teraz o lekarzach dlatego, że ta ustawa teraz została skierowana do Sejmu, natomiast… To znaczy, tam jest jeszcze jedna rzecz, która mnie, na przykład – przepraszam, że to powiem, to jest takie osobiste – zawsze doprowadzała do białej gorączki, czyli tajność egzaminów specjalizacyjnych. Ktoś, kto zdawał egzamin specjalizacyjny nie miał prawa widzieć swoich pytań, były one chowane głęboko do sejfu na lata. To jest jakiś kompletny absurd, rozwiązania nie wiem skąd, tak naprawdę. W tej chwili będą to otwarte pule pytań. To znaczy, będzie przygotowywana baza tysiąca pytań, z czego część będzie wymieniana rok do roku, ale nie całość. W związku z tym, jak normalny człowiek, każdy, kto przystępuje do egzaminu, będzie miał prawo wiedzieć, z czego będzie mniej więcej odpytywany. W związku z tym, to są też usprawnienia dotyczące takich oczywistych absurdów, które przez lata by się ciągnęły niewiadomo, po co.

Wracając jednak do innych zawodów to czeka nas (w tej chwili jest na dalekim etapie) ustawa o zawodzie farmaceuty. To jest też ustawa, która była bardzo długo dyskutowana, o innych zawodach medycznych, czyli, wreszcie pozwolenie na pewną regulację w aspektach pozostałych zawodów, które nie są objęte do tej pory innymi regulacjami. To jest strategia na rzecz pielęgniarstwa, która też jest niezwykle istotna, bo daje szansę na utrzymanie tego trendu, który w tej chwili jest dobry (co muszę wyraźnie powiedzieć), chociaż chciałoby się jeszcze więcej, bo wiemy, że średni wiek kadr w Polsce jest wysoki.

To jest też nowelizacja ustaw… à propos ustawy o zawodzie farmaceuty, to chcielibyśmy też znowelizować prawo farmaceutyczne i ustawę refundacyjną, ale o tym już nie będę mówił, bo powoli chciałbym zmierzać do końca tej przydługiej wypowiedzi. Natomiast, widzą państwo...

Tak, chcielibyśmy również włączyć samorząd zawodowy ratowników. Wiemy, że część zawodów ma już swoje samorządy, np. fizjoterapeuci, natomiast – jak państwo widzicie – liczba działań, które, według naszej zgrubnej oceny, są priorytetowe, jest duża.

Oczywiście, ja nie dałem rady zagłębić się we wszystkie aspekty tego, co chcielibyśmy robić, ale myślę, że państwo macie pewien obraz tego, co będziemy kontynuowali, co chcemy kontynuować, co rozpoczęliśmy w poprzedniej kadencji oraz tematów, które chcielibyśmy podjąć jako nowe a życie nas, oczywiście, zweryfikuje.

Myślę, że okaże się, że jeszcze kolejne tematy dojdą i z państwa strony, i ze strony środowisk pacjenckich, środowisk towarzystw naukowych, samorządów zawodowych, związków zawodowych itd. Sądzę, że – tak, jak powiedziałem – to jest bardzo delikatna dziedzina i, że – im systematyczniej będziemy pracowali w pewnych obszarach poprawiając dostępność i jakość, to – tym lepiej. Dlatego, jak powiedziałem na początku, część rzeczy zaplanowaliśmy na co najmniej dwie kadencje. Pytanie, czy nie wyjdą różne projekty, jeszcze dłuższe…

Bardzo dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo, panie ministrze.

Widzę, że pan minister się zmęczył, ale przyznam szczerze, że – mimo, iż było to bardzo interesujące – my też. Sygnalizowane to jest przez posłów z sali, jak widzę.

Przyznam, że jeszcze tak długiego *exposé* ministra, jeżeli mogę tak to wyrazić, nie było, ale też przyznaję, że było tu wiele spraw poruszonych przez pana ministra – i to bardzo precyzyjnie. Obawiam się jednak, że to nie spowoduje, że będzie mniejsza liczba pytań, a raczej odwrotnie.

Z tego powodu, wielka prośba do państwa (widzę zgłoszenia), abyśmy w miarę krótko pytali, bo jest dużo osób, które chcą zabrać głos, w porządku takim, że – najpierw posłowie a później zaproszeni goście.

Pierwszą osobą, która się zgłaszała, jest pani poseł Skowrońska, bardzo proszę.

Poseł Krystyna Skowrońska (KO):

Po pierwsze, dziękuję, że pan minister zreflektował się, że nie mówimy o procederze, tylko o pewnych procedurach.

Opowiadanie było interesujące, stwarzało dla niektórych pewne nadzieje, ale, panie ministrze, ja lubię konkrety. Chciałabym więc poprosić o dokument, o papier, o ten plan nie tylko w opowiadaniu, które jest zebraniem bardzo wielu chęci, tego, co państwo chcą zrobić. Z drugiej strony, taki dokument – moim zdaniem – powinien zawierać informację, kiedy, co, jak i za jakie pieniądze – i gdzie jest źródło pochodzenia tych pieniędzy, tego finansowania.

Czego mi zabrakło, kiedy wszyscy słuchają, notują?

Zabrakło mi jednej, najistotniejszej deklaracji Ministra Zdrowia w świetle wyroku Trybunału Konstytucyjnego z listopada 2018 r. – odpowiada za długi Skarb Państwa, za długi szpitali odpowiada Skarb Państwa. Za leczenie pacjentów, zgodnie z art. 68 konstytucji, odpowiada Skarb Państwa.

Nic, panie ministrze. Nic. To jest początek – i termin 18 miesięcy na wdrożenie, a zatem mówimy o okresie, odnośnie do którego pan przedstawiał kolejne propozycje działania w zakresie ochrony zdrowia. To pierwsza rzecz, szalenie istotna.

Druga rzecz.

Czy państwo (i kiedy) zmienicie ustawę dotyczącą niekorzystnego algorytmu wyliczania środków na PKB w zakresie ochrony zdrowia? To wyliczenie pokazuje, że w roku 2018 ten sposób liczenia w stosunku do PKB to ubytek w budżecie 15 mld zł, kolejny rok – 15 mld zł.

Poprosiłabym pana ministra (to jest trzecia moja prośba), aby pan przekonał pana premiera, żeby nigdy nie mówił, że to państwo zwiększają środki na ochronę zdrowia w Narodowym Funduszu Zdrowia. Jeżeli bowiem są to składki obywateli to warto być precyzyjnym – to obywatele na swoje zdrowie, na ochronę zdrowia, płacą więcej pieniędzy. Środki, które państwo dajecie to 1,5 mld w nowelizacjach budżetu i nigdy nie możemy przy nowelizacji albo przy ustawie okołobudżetowej, różnie nowelizowanej w czasie, dowiedzieć się, jakim trybem i na co będą przeznaczone te pieniądze. Zostają państwu jakieś pieniądze, próbujecie powiedzieć, że to na zdrowie i nigdy, ani Komisja Zdrowia, ani Komisja Finansów Publicznych (w której też pracuję) nie mogą otrzymać takiej informacji. Ochrona zdrowia jest dla nas najważniejsza, dla pana to jest miejsce pracy, ale wszyscy mamy w tym zakresie jeden cel.

Te trzy pytania: wyrok Trybunału, nowy algorytm dotyczący finansowania ochrony zdrowia... potem parę rzeczy się ułoży.

I jeszcze jedno: niektóre rzeczy, o których pan minister mówił, są próbą centralizacji, czyli Minister Zdrowia chce sobie podporządkować określone, nowe pola, nowe twory. Chyba nie tędy droga, bo to, o czym pan minister mówił, na dzisiaj jest podzielone również między samorządy, jeśli dacie pieniądze i jeśli zapłacicie, jeśli będziecie państwo rzetelnie współpracować.

Pochodzę z regionu, gdzie kiedyś zarządzałam ochroną zdrowia a gdzie naprawdę sieć szpitali – rzecz również koszmarna i źle oceniana przez samorządy, przez dyrekcje

szpitali, przez tych, co odpowiadają za ochronę zdrowia – w tych widełkach ryczałtu jest rzeczą również niekorzystną. Państwo macie pola do naprawy a państwo…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Pani poseł, bardzo bym prosił…

Poseł Krystyna Skowrońska (KO):

Już kończę.

Państwo macie pięć pól, które ja wykazałam. Mam nadzieję, że moi koledzy i koleżanki, lekarze specjaliści, będą mówić…

Aha, jeszcze jedna rzecz, panie przewodniczący, dla pana – Uniwersytet Medyczny w Bydgoszczy, jakie jest stanowisko ministra zdrowia w tej sprawie?

Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo.

Pani poseł Dziuk, proszę bardzo.

Poseł Barbara Dziuk (PiS):

Panie przewodniczący, panie ministrze, Wysoka Komisjo, ja chciałabym bardzo podziękować za te cztery lata wytężonej pracy nad poprawą finansowania służby zdrowia. Bardzo się cieszę, że choroby rzadkie zostały dostrzeżone, że jest przygotowywana strategia, bo ten temat przez dwanaście lat nie był podejmowany. Tak więc, głęboki ukłon – w imieniu pacjentów i grup społecznych dziękuję za podejście z wielką empatią.

Mam też pytania odnośnie do wystąpienia pana ministra, bo wiele się działo. Było wiele sytuacji trudnych, w których pan minister wyszedł z otwartą przyłbicą – tak mogę to określić – łącząc wiele skłóconych środowisk.

Moje pytanie brzmi następująco: jakie były koszty porozumienia Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy z roku 2018, a w szczególności – koszty podwyżek dla lekarzy specjalistów i dla lekarzy rezydentów?

Pamiętamy ten czas, kiedy było bardzo gorąco. Wiem, że ministerstwo dołożyło wszelkich starań, żeby pewne kwestie unormować.

Drugie moje pytanie dotyczy wymiany ambulansów, wiemy, że wiele zostało zakupionych. Jak program wymiany tych ambulansów przełożył się na poprawę stanu floty pojazdów ratownictwa medycznego, który jest bardzo istotny, jeżeli chodzi o obsługę każdego pacjenta 24 godziny na dobę?

A odnośnie do cyfryzacji szpitali, to też chciałabym bardzo podziękować panu ministrowi, bo to był przeskok milowy i jeśli chodzi o e-receptę i e-zwolnienie, w zakresie których również miałam przyjemność współpracować z Ministerstwem Zdrowia, zostało to bardzo dobrze przeprowadzone. Wiadomo, że gdy systemy wchodzą to muszą być okresy przejściowe, bo pewne kwestie trzeba przewidzieć, dostosować, w trakcie wychodzą różne problemy. Chciałabym jednak uzyskać informację, co umożliwiło przyspieszenie cyfryzacji w jednostkach medycznych i w całym Ministerstwie Zdrowia?

Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo.

Pani poseł Zawisza, bardzo proszę.

Poseł Marcelina Zawisza (Lewica):

Panie przewodniczący, panie ministrze, szanowni państwo… profilaktyka. Jedną z zapowiedzi „piątki dla zdrowia” Kaczyńskiego z kampanii wyborczej był inwestycja w profilaktykę.

Cytuję: „Chcemy, żeby każdy Polak cyklicznie, począwszy od 40. roku życia, miał bon, który będzie mógł realizować i zrobić badania kontrolne”.

Patrzymy do budżetu, i co widzimy – praktycznie programy profilaktyki zdrowotnej bez zmian, rząd nie przeznaczył na ten cel dodatkowych środków. Gdzie jest ten pakiet badań kontrolnych? Gdzie są na to środki? Jak rząd planuje to załatwić?

Usłyszeliśmy przed chwilą, że jeszcze nie minęło 100 dni od zaprzysiężenia rządu. Ja tylko pragnę przypomnieć, że to nie jest nowy rząd, to jest rząd kontynuacji, w związku z czym, chciałabym uzyskać odpowiedź na to pytanie.

Następne pytanie: koordynowana opieki nad seniorami i osobami niesamodzielnymi w każdym powiecie (to również zapowiedź z kampanii wyborczej). Znowu szybka analiza budżetu i co widzimy – pieniądze na zakłady opieki leczniczej, które mają przecież zapewnić bezpieczeństwo i opiekę nad seniorami to całe 686 tys. zł więcej. Gdy to się policzy, wychodzi 2 tys. zł na rok na powiat. Czy to jest ta miara dbałości o osoby starsze?

Postulat trzeci: fundusz modernizacji szpitali. Jaki był plan? Miały być 2 mld zł więcej na fundusz modernizacji szpitali. W tym momencie, w budżecie jest wzrost środków o 80 mln. Wiadomo, że każde pieniądze są ważne, ale do tych 2 mld to jednak trochę brakuje. Na przykład, żeby wyremontować stołówkę szpitalną w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Opolu potrzebne są 2 mln zł. W sieci szpitali jest 600 placówek, wszystkich jest około 1000, to wychodzi na szpital o 80 tys. więcej. To jest marnie. To jest bardzo marnie i nie pozwoli na modernizację szpitali.

Mamy 1 mld zł na najnowocześniejsze centrum onkologii w Europie. Kiedy zerkniemy do budżetu to tak naprawdę widzimy, że tych środków nie ma, pomijając oczywiście fakt, że to nie jest najlepszy postulat, ponieważ potrzebujemy równomiernych inwestycji w onkologię w całym kraju, tak, żeby ludzie nie musieli dojeżdżać 300-400 km, żeby leczyć nowotwór złośliwy.

W 2010 r. zaplanowano w budżecie państwa deficyt 28,5 mld zł, więc moje pytanie jest następujące – ponieważ Lewica złożyła projekt ustawy o zwiększeniu nakładów na ochronę zdrowia do 7,2 w 2024 r., mam pytanie: jakie jest stanowisko Ministerstwa Zdrowia w sprawie tego projektu? Czy ministerstwo popiera ten projekt, ponieważ – gdyby zrealizować podobny deficyt budżetowy w propozycji budżetu 2020 i wprowadzić deficyt na poziomie 28 mld – w zasadzie moglibyśmy zrealizować tę ustawę, którą złożyła Lewica i zapewnić w Polsce ochronę zdrowia na europejskim poziomie?

To są moje pytania do ministra.

Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo.

Pan poseł Hardie-Douglas, proszę bardzo.

Poseł Jerzy Hardie-Douglas (KO):

Panie ministrze, z wielkim zainteresowaniem wysłuchałem pana wypowiedzi. Można by odnieść takie wrażenie, że to jest pasmo sukcesów, tymczasem prawda jest zupełnie inna, jest w tej chwili całkowita zapaść opieki zdrowotnej. Moim zdaniem, pan najistotniejszych problemów albo w ogóle nie poruszył, albo przeszedł troszeczkę po łebkach. Myślę tu m.in. o zadłużeniu szpitali, o wycenie procedur medycznych.

Przypomnę, że pan minister obiecał, że do końca grudnia 2019 r. będą nowe wyceny procedur medycznych. Miały być w to zaangażowane ośrodki pilotażowe. Trochę jest to dziwne, bo przecież macie państwo od lat Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, która doskonale zna rzeczywisty koszt wyceny procedur.

Dzisiaj doszło do takiego absurdu, który pogłębia się dosłownie z miesiąca na miesiąc, że leczenie pacjentów stało się tak nieopłacalne, że szpital im więcej ma pacjentów, tym większe ma kłopoty. W tej chwili zadłużonych jest 97% szpitali powiatowych i miejskich, i ta liczba z całą pewnością będzie się powiększać. Państwo ignorując to, zwiększając wycenę w sposób kosmetyczny o 1-2%, wiedzą doskonale, że są wyliczenia przeróżnych gremiów, w tym też agencji, że – aby powstrzymać zadłużanie się szpital – trzeba by było przeszacować właściwie wszystkie procedury od 15 do 20% wzwyż. To tylko dla szpitali powiatowych jest wydatek rzędu 10 mld zł rocznie, tymczasem wydajecie te pieniądze na różne rzeczy.

Ja rozumiem doskonale, że pan dzieli biedę, po prostu, ale ta bieda wynika z tego, że jest taki a nie inny algorytm, to 4,7% PKB. Państwo ciągle mówicie, że *nasz rząd, Prawa i Sprawiedliwości, zwiększył wydatki na opiekę zdrowotną, wygospodarował pieniądze*. To jest nieprawda, to jest kłamstwo. Państwo niczego nie wygospodarowujecie.

Po prostu, ze względu na to, że w ciągu ostatnich dwóch lat jest wzrost gospodarczy, te 4,7% PKB, to jest – po prostu – w liczbach bezwzględnych trochę więcej pieniędzy. I to jest cała prawda, a wyliczacie to z PKB, który jest 2 lata do tyłu, że tak powiem. Czyli, tych środków jest, po prostu, cały czas za mało.

W tej chwili w Polsce na jednego pacjenta jest mniej więcej 1400 euro rocznie, podczas gdy średnia w Unii Europejskiej to 2800, te nożyce coraz bardziej się rozchodzą.

Ja bardzo proszę, żeby pan naprawdę poważnie podszedł do tego, co w tej chwili mówię, dlatego że ja reprezentuję m.in. ośrodki, w których są szpitale powiatowe – i tam jest dramat, całkowity dramat. One tracą płynność finansową, zadłużają się czasem w jakichś parabankach. Zadłużają się u sprzedawców leków, środków opatrunkowych itd. itd., mają długi, nie płacą na ZUS.

To jest po prostu dramat a lekarstwo na to jest w pana rękach: trzeba natychmiast zmienić, nie kosmetycznie a radykalnie, wycenę procedur medycznych.

Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję.

Pan poseł Hok, proszę.

Poseł Marek Hok (KO):

Panie przewodniczący, panie ministrze, Wysoka Komisjo, właściwie pan doktor powiedział większość tego, co chciałem uwzględnić w swoim wystąpieniu, ale – przede wszystkim – chciałbym się przyłączyć do tych podziękowań pani poseł Dziuk dla pana ministra, dla resortu, bo rzeczywiście, chyba w imieniu pacjentów, usłyszeliśmy taki piękny koncert życzeń, który szykuje się dla nas. Ktoś, kto nie pracuje w ochronie zdrowia albo nie jest pacjentem ochrony zdrowia, pomyślałby sobie, że jesteśmy wyspą cudowności w ochronie zdrowia i powinniśmy tylko tu się leczyć.

Myślę, że te pieniądze, o których mówiliśmy, ponad 100 mld zł, które do tej pory są w rękach Narodowego Funduszu Zdrowia, przy tych obietnicach nie wystarczą. Powinno być około 200 mld, żeby te wszystkie propozycje pana ministra zrealizować.

Tymczasem nasze szpitale są rekordowo zadłużone, ponad 13 mld zł długu, ponad 2,5 mld zobowiązań wymagalnych. Zamykają się oddziały, nie ma lekarzy, nie ma pielęgniarek. Państwo śnicie o pięknych perspektywach, które nie mają szans na realizację, bo nie ma na to środków.

Był apel pana ministra do prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia – czy pan prezes NFZ jest przygotowany na te wydatki, na te wszystkie wyzwania, o których mówi pan minister? Wydaje mi się, że nie. Tymczasem od wielu, wielu lat leżą rzeczy, które już dawno miały być zrealizowane.

Chciałbym przypomnieć panu ministrowi, że w roku 2017 weszła nowelizacja zapisu pakietu onkologicznego i jednym z obowiązków była publikacja wytycznych postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w najbardziej powszechnych dziedzinach onkologii, czyli w raku piersi, gruczołu krokowego, jelita grubego, płuca. Po dwóch latach jedynie są opracowane te dotyczące raka piersi.

Miały być unity. Dzisiaj, po dwóch latach, wiemy też, że dotyczą one tylko kilku ośrodków w kilku województwach, w zakresie piersi a pozostałe nie są przygotowane. Dlatego oczekujemy odpowiedzi na takie pytania, które dotyczą tego konkretnie problemu i tej ochrony zdrowia, a nie tego, jakie mamy marzenia, tym bardziej, że te marzenia nie są spisane w żaden dokument, o który prosiła pani poseł. Moglibyśmy z nim się zapoznać i, ewentualnie za jakiś czas, pana ministra o to spytać, tym bardziej, że w *exposé* pana premiera Morawieckiego dosłownie kilka minut było poświęconych ochronie zdrowia i to bardzo lakonicznie. Mówił o sieci szpitali onkologicznych, o pilotażu, który do dzisiaj nie jest jeszcze oceniony i wprowadzeniu Narodowej Strategii Onkologicznej, która już jesienią miała być przez rząd przyjęta a mijają kolejne miesiące i tej strategii nie ma, ale piękne plany bez pieniędzy są przygotowane.

Bardzo więc proszę o odpowiedź na konkretne pytanie dotyczące aktualnej sytuacji a nie naszych marzeń o przyszłości, bo one – rzeczywiście – są piękne.

Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo.

Widzę kolejne zgłoszenia, za chwilę oddam głos panu posłowi Wolskiemu, ale pozwólcie państwo, że teraz również ja włączę się do tej dyskusji i przerwę tę falę narzekania.

Rzeczywiście, jest co naprawiać w systemie i dlatego to wystąpienie pana ministra było tak długie, że jest wiele spraw, którymi trzeba się zająć. Miejmy nadzieję, że będziemy wspólnie nad tym pracować, bo jeżeli nie będziemy do sprawy podchodzić merytorycznie i wspólnie, to trudno będzie system naprawiać w skuteczny sposób. Myślę, że na ile to jest możliwe, zdrowie powinno być wolne od polityki, ale – po kolei – kilka spraw.

Szanowni państwo, posiedzenie Komisji jest nie tylko transmitowane, ale również protokołowane, a więc wszystko, co powiedział pan minister, będzie dostępne w protokole. Nie wymaga to jakiegoś specjalnego, dodatkowego dokumentu. Słowa pana ministra padły, można je będzie w każdej chwili…

Poseł Krystyna Skowrońska (KO):

Panie przewodniczący, przecież minister musi mieć dokument…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Pani poseł, ja bardzo bym prosił… proszę, naprawdę, trochę cierpliwości i proszę w ten sposób nie reagować, bo to nawet nie wypada.

Poproszę sekretariat Komisji, aby wszyscy państwo byli poinformowani, kiedy protokół z posiedzenia Komisji będzie już gotowy. Będzie dla każdego dostępny, każdy będzie mógł szczegółowo zapoznać się z tym, co powiedział pan minister osobiście.

To tyle w tej sprawie.

Odnośnie do kwestii liczenia PKB – szanowni państwo, powiedzmy sobie dokładnie, jak to wygląda, nawet posłowie, którzy są po raz pierwszy parlamentarzystami... Budżet państwa jest przygotowywany na wiosnę, rząd go przyjmuje mniej więcej we wrześniu. My nad nim pracujemy teraz a właściwie te prace zaczęły się nawet wcześniej. Pracujemy w tej chwili nad projektem budżetu, który był przygotowany w roku 2019 i będziemy go przyjmować w roku 2020. Zatem budżet, który był przygotowany w połowie roku 2019, musiał się odnieść do PKB z roku 2018, bo nie ma innej możliwości. Budżet w maju 2019 r. nie mógł odnieść się do PKB roku 2020, nie ma takiej możliwości, naprawdę. To wszystko jest jasne.

Oczywiście chcemy, żeby tych pieniędzy było więcej. Dlatego – zresztą zgodnie z „ustawą 6%", ale nie tylko – będzie wzrost i pieniądze będą przekazane z budżetu, nad którym będziemy głosować w najbliższym czasie, w ciągu najbliższych dwóch-trzech tygodni, 2,8 mld zł zostanie przekazane do budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia z budżetu państwa.

Ja przypominam państwu – i nie oceniam tego politycznie, naprawdę, tylko podaję fakty – że przedtem, przed rządami Prawa Sprawiedliwości, przed tą deklaracją zwiększenia nakładów na ochronę zdrowia nie było zwyczaju… Budżet NFZ był zamknięty. Raz był lepszy, innym razem gorszy. Były lata, kiedy jeszcze pod koniec roku się spotykaliśmy – i to niezależnie, czy to dotyczyło lat 2005-2007, kiedy rządził PiS, czy lat 2007-2015, kiedy rządziła Platforma Obywatelska z PSL – cieszyliśmy się, że są dodatkowe pieniądze i były one dzielone, albo, niestety, był rok trudny i trzeba było go jakoś przetrwać, i ewentualnie uruchomić rezerwę, która m.in. w tym celu, na te gorsze lata była przeznaczona, była trzymana. W tej chwili mamy dodatkowe pieniądze. Mimo dobrej koniunktury, mimo dobrego budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia, mamy dodatkowe pieniądze z budżetu państwa. Takie są fakty.

Teraz kwestia ZOL-i. Odniosę się już teraz do tego, co mówił pan minister. Ja myślę, panie ministrze, że to jest bardzo dobry kierunek. Zresztą, on też pobrzmiewał trochę w wystąpieniach niektórych moich poprzedników.

Szanowni państwo, mamy do czynienia z pewnym problemem, przed którym stoją – przede wszystkim – samorządowcy, że są niewykorzystane łóżka szpitalne a jednocześnie jest ciśnienie lokalne, żeby szpital funkcjonował. Z tego, co wiem – po pierwsze, w Polsce brakuje, i to dramatycznie, ZOL-i, po drugie, Narodowy Fundusz Zdrowia jest zainteresowany finansowaniem właśnie tej części opieki zdrowotnej.

Są szpitale gigantyczne, mimo że są szpitalami miejskimi, jak chociażby szpital w Grudziądzu. Ja od dawna uważam, że jednym ze sposobów jest być może przekształcenie części… nie wiem, niech to już ktoś na miejscu ocenia. Pewnie 100-200 łóżek można byłoby przeznaczyć z tych 1100 w szpitalu miejskim – podkreślam – właśnie na potrzebny ZOL i w ten sposób poradzić sobie, z jednej strony, z rosnącym zadłużeniem a, z drugiej strony, z wolnymi łóżkami szpitalnymi…

Poseł Elżbieta Gelert (KO):

Panie przewodniczący, niech pan nie naprawia Grudziądza…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Pani poseł, pozwoli pani, że ja mam swoje zdanie, tak jak pewnie pani ma swoje zdanie... No, być może pani ma inne zdanie w tej sprawie, udzielę pani za chwilę głosu.

To, jeżeli chodzi o ZOL-e.

Kwestia odpowiedzialności za długi – szanowni państwo, oczywiście, jest wyrok Trybunału Konstytucyjnego, ale spójrzmy na to też logicznie. W czasach jeszcze przede IOWISZ-em można było zrobić, co się chciało, rozbudowywać szpital w sposób dowolny, nawet całkowicie nieracjonalny i w ten sposób generować długi – ja nie mówię o sytuacjach, które są, oczywiście, obiektywne, gdzie są pewne trudności – a teraz trybunał mówi, że za wszystko odpowiada państwo. Ja przypomnę ustawę, nie PiS-owską, tylko Platformy Obywatelskiej z nie poprzedniej a jeszcze wcześniejszej kadencji, kiedy pewną odpowiedzialność przerzucono również na samorządy. My to kontynuowaliśmy, bo ten kierunek był właściwy, bo – rzeczywiście – nie może być tak, że samorządy zupełnie nie odpowiadają.

Ja od razu uprzedzę ewentualne głosy polemiczne – tak, to prawda, w niektórych sytuacjach jest sprawa szczególna i z pewnością jest to naszym wspólnym interesem, aby tym samorządom czy poszczególnym szpitalom, w jakiś sposób pomóc, natomiast nie może być tak, że ktoś robi co uważa, a budżet państwa ma za wszystko odpowiadać, bo to, szanowni państwo, jest droga donikąd.

I na koniec, ostatnia sprawa, to kwestia pieniędzy na diagnostykę w POZ, bo akurat chyba o tym pan minister nie wspomniał a chętnie o tym bym czegoś się dowiedział.

Mamy przyjętą ustawę, mamy wdrożony pilotaż, mamy sytuację, która zresztą tu się przewinęła, pewnego niedofinansowania w AOS-ie i tych kolejek, które przede wszystkim są na poziomie AOS-u. Między innymi, jednym ze sposobów rozładowania tych kolejek jest to, aby nie kierować na niepotrzebne konsultacje do AOS-u połączone, co tu ukrywać, powiedzmy to wprost – z diagnostyką, bo często ta sprawa ma też drugie dno, tylko kierować tam wyłącznie tych, którzy powinni tam trafić. Jednym ze sposobów jest to, aby w POZ można było wykonać diagnostykę (i żeby na to były środki finansowe), którą na tym poziomie można wykonać a następnie lekarz rodzinny mógł podjąć się leczenia.

Chciałbym zapytać o tę sprawę.

Dziękuję bardzo.

I kolejne zgłoszenie… to znaczy, pan minister chciałby już odpowiedzieć na tę pulę pytań, czy tak?

Dobrze, OK, to może rzeczywiście, bo tych pytań będzie jeszcze wiele, bo zgłoszeń jest wiele i będą jeszcze goście. Może to jest dobry pomysł, że po pewnej części pytań jest odpowiedź i potem ponownie…

Dobrze, bardzo proszę, panie ministrze.

Minister zdrowia Łukasz Szumowski:

Panie przewodniczący, szanowni państwo, bardzo dziękuję za te pytania.

Pani poseł Skowrońska pytała, co z wyrokiem Trybunału Konstytucyjnego – oczywiście, podchodzimy do niego z pełnym szacunkiem. Analizujemy też uzasadnienie tego wyroku. Jest, oczywiście, istotne, bo to nie jest powiedziane tak wprost, że za długi szpitali nie odpowiadają samorządy. Mamy jednak 18 miesięcy na przygotowanie rozwiązań legislacyjnych, które zróżnicują złą sytuację szpitala wynikającą z wyceny świadczeń i przeznaczania pieniędzy przez płatnika (Narodowy Fundusz Zdrowia) a złego zarządzania daną jednostką, gdzie przeinwestowanie, bez oceny choćby zasadności tego inwestowania, może właśnie skutkować dramatycznymi sytuacjami w szpitalach, które

– gdyby nie te inwestycje – by się bilansowały. Świetnym przykładem jest właśnie szpital grudziądzki, gdzie szpital sam z siebie się bilansuje, czyli przychód z Narodowego Funduszu Zdrowia *versus* koszty operacyjne szpitala są w miarę zbilansowane, podczas gdy inwestycje, które zostały poczynione w sposób trochę niekontrolowany, doprowadziły do gigantycznego zadłużenia.

Myślę, że administracja centralna za pewne działania inwestycyjne nie powinna do końca odpowiadać, ale to już jest inna kwestia.

Pani poseł Zawisza pytała o profilaktykę i sto dni. Oczywiście, my ją przygotowujemy. Mamy ocenę skutków finansowych tego typu działań i na pewno ona będzie w zakresie kilkuset milionów. Myślę więc, że przedstawimy to tutaj w momencie, kiedy będziemy mieli gotowy projekt i będziemy mieli również gotową ocenę skutków finansowych tego projektu.

A odnośnie do tego, że coś nie znajduje się w budżecie państwa, to przypomnę, że to nie znaczy, że to nie będzie finansowane, bo mamy jeszcze plan finansowy NFZ z dziewięćsetmilionową rezerwą, 2,8 mld funduszu zapasowego, który zresztą, w związku z tym, będzie musiał być na pewno zmieniany.

ZOL-e i profilaktyka, która do tej pory również jest częściowo finansowana przez NFZ, będzie finansowana. Ja tylko przypomnę, że w ciągu najbliższych trzech lat finansowanie ZOL-i wzrośnie o 50%, co jest ewenementem w skali systemu finansowania ochrony zdrowia. Zatem ten wzrost finansowania ZOL-i mamy akurat zapewniony.

Jednak to nie tylko ZOL-e, przypominam, że opieka senioralna jest dużo szersza. To są też te DDOM-y, które często są bardziej atrakcyjne dla wielu osób niż tylko ZOL-e, ale również ZOL-e będą w tym ujęte. Przypominam – budżet to nie jest NFZ, a NFZ to nie jest budżet, na szczęście, jak myślę. Jak widać, jest to bezprecedensowe dofinansowanie z budżetu państwa dla Narodowego Funduszu Zdrowia. Do tej pory takiego nie było.

Odnośnie do onkologii to właśnie to, co pani poseł podkreśliła, czyli brak dostępności w regionach, brak jednolitego standardu leczenia i postępowania w regionach (co pokazywały analizy choćby w województwie dolnośląskim) prowadził do stworzenia Narodowej Sieci Onkologicznej. To właśnie analiza śmiertelności i umieralności w szpitalach regionalnych *versus* Dolnośląskie Centrum Onkologii doprowadziła do tego, że stworzyliśmy Narodową Sieć Onkologiczną, po to, żeby ujednolicić standardy leczenia i diagnostyki we wszystkich obszarach danego województwa. To jest rozwiązanie, które, po pierwsze, chwalą onkolodzy (myślę, z całym szacunkiem, że najlepiej na tym się znają), po drugie, mówią, że to jest bardzo korzystne dla dostępności i dla jakości.

Pan poseł Douglas i pan poseł Hok mówili o zadłużeniu szpitali. Przypomnę, że jeżeli popatrzymy na zadłużenie szpitali w stosunku do nakładów, to ono pozostaje na mniej więcej stałym poziomie i 73% szpitali nie ma zadłużeń wymagalnych. Oczywiście, można powiedzieć, że jest to największa bolączka – z całym szacunkiem, dla mnie największą bolączką jest brak kadry medycznej. Szpitale bez długów, które będą stały, będą puste, bez lekarzy, pielęgniarek, fizjoterapeutów i ratowników nie wyleczą naszych pacjentów. W związku z tym, z mojej perspektywy, znacznie ważniejsze jest zabezpieczenie personelu, żeby miał kto nas leczyć a przy wzrastających nakładach nie przekraczać pewnego poziomu zadłużenia w stosunku do nakładów, tak jak powiedziałem, bo one rosną w sposób istotny.

Radziłbym zajrzeć do procedur, bo wspominał pan poseł o tym, że mamy Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Właśnie do tego została wykorzystana. Cieszę się więc, że pan poseł o niej wie i, że ją wskazał. Na szczęście, my też wiemy i wykorzystywaliśmy ją do taryfikacji, natomiast ta taryfikacja okazuje się być bardzo skomplikowanym procesem, cały czas jest robiona na bieżąco.

Przypominam, że taryfikacja procedur w Niemczech odbywa się permanentnie, cały czas. Zwykle wydawane są te taryfy dwukrotnie w ciągu roku. My wreszcie staryfikowaliśmy większość procedur, analizujemy efekty tego, ale to też jest praca przy taryfikacji choćby całej reformy psychiatrii, gdzie każda z tych poradni, każde z tych centrów zdrowia psychicznego też wymagało taryfikacji. To jest taryfikacja procedur onkologicznych, to jest taryfikacja breast cancer unitów – i tak dalej, i tak dalej.

Oczywiście warto też, szanowni państwo… mówicie państwo, że dokumentu brakuje. No, ja trochę staram się żyć w epoce cyfrowej. Dokument cyfrowy protokołowany (tam widzę kamerę) też jest dokumentem, warto do niego zajrzeć – to, po pierwsze.

Po drugie, jest wiele dokumentów, które są dokumentami, choćby Narodowa Strategia Onkologiczna, która została przekazana ministrom, zgodnie z ustawą, w listopadzie – jest w trakcie konsultacji. To jest konkretny dokument.

Dokumentem konkretnym jest polityka lekowa. Dokumentem konkretnym jest plan na rzecz chorób rzadkich. Dokumentem konkretnym są rozporządzenia i ustawy, strategia na rzecz pielęgniarstwa. To są konkretne dokumenty, do których zawsze warto zajrzeć. Gdybyśmy je tutaj przynieśli to, na pewno, byłaby to cała ciężarówka dokumentów. Zawsze można do tego sięgnąć poprzez strony, gdzie one są „zawieszone".

Pan poseł Hok wspomniał, że brakuje pielęgniarek i lekarzy. Bardzo się cieszę, że państwo dostrzegacie ten problem, ale jakoś wcześniej ani ustawowo nie zostały zwiększone nakłady na ochronę zdrowia, ani nie działano w zakresie zwiększenia liczby kształconych lekarzy i pielęgniarek.

Przypominam, że w dawnych, minionych czasach, lat temu pięć, tylko około 70% pielęgniarek odbierało prawo wykonywania zawodu po skończonych studiach, a w 2018 r. sto procent pielęgniarek odebrało prawo wykonywania zawodu po skończonych studiach i liczba pielęgniarek pracujących w systemie wzrosła o 17 tys. w ciągu tej ostatniej kadencji. Również wzrosła liczba lekarzy pracujących w Polsce. Mało tego, liczba lekarzy na specjalizacjach czy absolwentów wzrosła o 3 tys. Myślę, że to jest działanie bardzo konkretne, które prowadzi do zwiększenia liczby lekarzy w Polsce i bez tego, oczywiście, jej nie zwiększymy.

Wzrosła również liczba uczelni, które kształcą lekarzy. Liczba szkół, które kształcą pielęgniarki wzrosła niepomiernie, więc dobrze, panie pośle, że pan to zauważył, natomiast szkoda, że wcześniej takiego boomu na kształcenie kadr medycznych nie było.

Oczywiście możemy mówić o sposobie liczenia w ustawie „6%", jaka by ono nie było. Niezależnie od tego, czy liczymy „n-2", czy „n-0", czy jakkolwiek inaczej, z mojego punktu widzenia nie metodologia liczenia jest najważniejsza, bo ona mówi tylko o punkcie bazowym i punkcie końcowym, tylko dynamika wzrostu nakładów na ochronę zdrowia, ile *de facto* trafia do pacjenta. Posłowie poprzedniej kadencji uchwalili taką ustawę od samego początku, ona obowiązuje już cztery lata… nie, przepraszam, nie cztery lata – dwa i pół. My w niej nic nie zmienialiśmy odnośnie do sposobu liczenia. Mało tego, jest on słowo w słowo przepisany z porozumienia z rezydentami i OZZL, które podpisałem. W związku z tym, tam akurat możemy przyjąć dowolny wskaźnik.

Nieważny jest wskaźnik, ważne jest, że liczba pieniędzy dla pacjentów rośnie – i to więcej niż zakłada ustawa. Choćby te 2,8 mld, które teraz zostało przekazane, pokazuje, że daleko przekraczamy zakładane 97,5 mld zł, bo to byłoby zgodne z tzw. ustawą 6%, mamy 104 mld. To pokazuje, że nie tylko wypełniamy… Oczywiście, ja bym chciał, żeby było wielokrotnie więcej, ale też żyjemy w realnym świecie i zaczęliśmy ustawowe – co też jest niezwykle ważne – zwiększanie finansów na ochronę zdrowia lat temu dwa, trzy, więc – jeśli państwo mówią, że chcielibyście 7,5 czy ileś, to świetnie, ale jakoś wcześniej nikt tego nie uchwalił. Z jakiegoś powodu, nie wiem, ale tak się zdarzyło. My to uchwaliliśmy i mało tego, przyśpieszyliśmy, a po trzecie, wypełniamy więcej niż obowiązek, jaki nakłada na nas ustawa.

Myślę, że to jest pokazanie właśnie tego konkretu, bo 2,8 mld to nie jest opowieść, to jest konkret. On poszedł, on będzie wykorzystywany właśnie do tych rzeczy.

Narodowa Strategia Onkologiczna – wartość tego dokumentu (mówiąc kolokwialnie) to jest 2,5 mld. Można przytaczać kolejne konkretne liczby. To są bardzo konkretne liczby a nie opowieści.

Pani poseł Dziuk pytała o koszt tego porozumienia, do którego odwoływałem się właśnie przed chwilą. Koszt samych wynagrodzeń dla specjalistów to jest koszt 1 mld zł i mniej więcej 1 mld zł dla rezydentów. Myślę, że to jest dosyć istotna kwota, rocznie, proszę państwa, która poszła do kolegów młodych i do starszych lekarzy. Dzięki temu, znowu będziemy mieli specjalistów – mam nadzieję – którzy będą nas leczyć a nie wyemigrują.

Przepraszam, ja się trochę rozgadałem znowu…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Ja bardzo bym prosił o, rzeczywiście, troszkę krótsze odpowiedzi, panie ministrze, bo jest jeszcze sporo osób, które chcą zapytać a już dwie godziny siedzimy na posiedzeniu Komisji. Bardzo proszę kolejne osoby.

Pan przewodniczący Miller.

Poseł Rajmund Miller (KO):

Panie ministrze, z całym szacunkiem, chciałbym panu przypomnieć, że na początku a nie na końcu, powinien być pacjent i nie interesują mnie liczby, o których pan mówi, dlatego że tak złej sytuacji w służbie zdrowia jeszcze nigdy nie było. Państwo jako rząd i pan jako przedstawiciel tego rządu są za to odpowiedzialni. Widzi pan, w innych krajach, chociażby Czechach, które mają 7% PKB, takiej sytuacji, jak u nas, nie ma, jeszcze – tak złej sytuacji, jak za państwa rządów – w opiece zdrowotnej nie było.

Proszę pana, czy pan wie, że codziennie zamyka się jeden oddział szpitalny w Polsce? Nie interesuje nas w tej chwili kwestia tego, czy państwo przejmiecie długi czy nie przejmiecie, bo to interesuje samorządy… ja może źle powiedziałem, ale to jest bardzo istotne, bo od kiedy państwo wprowadziliście sieć szpitali, sytuacja szpitali w Polsce się dramatycznie pogorszyła. Jest 14,3 mld zadłużenia szpitali w Polsce, w tym ponad 2 mld zadłużenia wymagalnego, panie ministrze.

Chciałbym panu przypomnieć, że w 2018 r. (po raz pierwszy od wojny) umarło najwięcej Polaków – ponad 400 tys., w tym ponad 100 tys. z powodu chorób nowotworowych. Czy pan nie wie, że w Polsce mamy nie największą zapadalność na choroby nowotworowe a największą umieralność z powodu chorób nowotworach?

Jeżeli pan już mówi o liczbach to ja panu krótko powiem, że w Polsce na mieszkańca przeznacza się około 37 euro na leczenie chorób nowotworowych, podczas gdy średnia w Unii europejskiej to 120 euro. Chwali się pan tym programem onkologicznym, ale my nie wiemy, panie ministrze, jaką państwo macie metodologię oceny, bo z tego, co dzisiaj wiemy, to ta wprowadzona sieć szpitali czy ta pilotażowa sieć… nie znamy jej oceny. Mówi pan o różnych liczbach a, po raz pierwszy od wielu lat, nie mogliśmy uzyskać od państwa informacji na temat zadłużenia szpitali. Do dzisiaj nie ujawniono raportu NIK dotyczącego kontroli NFZ w 2018 r. Co państwo ukrywacie? Czego państwo się boicie? Ja nie wiem… to dlaczego tego raportu nie…

Państwo odpowiecie, kiedy ja skończę, jeżeli można.

Proszę państwa, ja chciałbym jeszcze powiedzieć państwu, wyliczyć te… Pan wymieniał to tak, jakby w służbie zdrowia było super i pan będzie realizował ekstra programy, żeby tę służbę zdrowia poprawić.

Natomiast, co u nas leży – polityka lekowa państwa. Czy pan nie wie, że ponad połowa nowoczesnych leków onkologicznych, które są dostępne w Europie, nie jest u nas refundowana? Co dzieje się na SOR-ach, gdzie umierają setki ludzi, ponieważ nie mogą się doczekać w kolejkach do lekarzy? Kolejki do specjalistów…

Proszę, panowie, mi nie przeszkadzać.

….które państwo obiecywaliście, że skrócicie, wydłużyły się dwukrotnie a rekordowe są kolejki do endokrynologów, gdzie czeka się ponad 2 lata.

Zatem, ja oczekuję od pana, że pan nie będzie nam mówił o informatyzacji i o innych rzeczach, tylko powie, jak to naprawić, jak pan zwróci się do premiera i Ministra Finansów o to, żeby to nie było 2,5 mld a znacznie więcej, żeby to były środki, które państwo położycie przed premierem i Ministrem Finansów, które zapewnią bezpieczeństwo polskiemu pacjentowi?

Tego oczekujemy.

Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo.

Pan przewodniczący Hoc, proszę bardzo.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący.

Panie ministrze, Wysoka Komisjo, często powtarzam taki slogan, że być może polityka jest nieprzewidywalna, ale zawsze można przewidzieć, jak zachowa się opozycja, która o sobie mówi, że jest totalną opozycją. Czyli – zawsze defetyzm, zawsze czarnowidztwo, zawsze totalna krytyka, tym bardziej w obszarze służby zdrowia.

Medycyna jest pewną wartością. Jest najbardziej szlachetną nauką, czy też sztuką. Myślę, że powinniśmy uciekać się troszeczkę bardziej do wartości, jak powiedziałbym – bardziej aksjologicznych, etycznych, nie zacietrzewiać się politycznie, tylko mówić po prostu tak, jak jest.

Oczywiście, że nie jest super w ochronie zdrowia, ale jest pewna poprawa i to zauważalna.

Zaraz powiem, jaka.

A kiedy przypomnimy sobie, co Platforma Obywatelska proponowała: obligatoryjność przekształcenia wszystkich szpitali, obligatoryjna komercjalizacja, czyli przekształcenie w spółki prawa handlowego… to proponowaliście. A jak skończyło się kilka takich przypadków? Dramatycznie.

Dalej

Co mówiliście o PKB? Należy zwiększyć PKB. Zwiększyliście? Ani trochę. I co jeszcze mówiliście prominentni działacze Platformy Obywatelskiej? To, że starszych pacjentów tak naprawdę nie warto rehabilitować a długie kolejki są dlatego, że pacjenci przychodzą dla rozrywki, bo się nudzą. To mówiliście.

I teraz macie taką potrzebę czarnowidztwa i krytykowania totalnego?

Teraz konkrety.

Dlaczego pan doktor, pan minister mówił dość długo? No, bo miał wiele do powiedzenia, bo wiele zrobił, wiele zrobili.

Po pierwsze, pani poseł Skowrońska chciała konkrety. Bardzo proszę, konkret. Jest ustawa – obligatoryjność zwiększenia PKB do 6%, to jest konkret.,40 mld zł weszło do Narodowego Funduszu Zdrowia. Przekroczyliśmy 100 mld zł w Narodowym Funduszu Zdrowia i jest ustawowa gwarancja, że to będzie cały czas zwiększane. Pan minister powiedział, że nawet więcej niż ustawa przewiduje.

Pani mówi również: decentralizacja. My nie chcemy decentralizacji, bo to jest złe… tak, ale jednocześnie mówi, że za długi szpitali, których organem prowadzącym jest powiat, czy samorząd, ma zapłacić rząd. Ale decentralizacja jest zła… przepraszam, centralizacja.

Pani poseł z Lewicy, olśniewające odkrycie, proszę bardzo – 7,2 % PKB a dlaczego nie 7,8 i 28 mld deficytu, a może 8% PKB i 30 mld deficytu, a może 10% PKB i 40 mld deficytu. Piękne, olśniewające odkrycie a to po prostu jest wręcz dziecinada.

Teraz pan dr Hardie-Douglas…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Ja bym proponował: mówmy swoje opinie bez odnoszenia się do siebie nawzajem po nazwisku.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Może, rzeczywiście, ma pan przewodniczący rację, ale ta zapaść, panie doktorze, panie burmistrzu, panie pośle… powinien pan zastanowić się nad tym, co pan mówi, bo mogę podać przykłady, jak pan w tej zapaści korzystał ze służby zdrowia właśnie w Szczecinku...

Ale, rzeczywiście, ma pan rację. Przepraszam, że ten wątek poruszam.

Teraz onkologia… panie ministrze, to co zrobiliście w onkologii, ile daliście nadziei pacjentom… rak piersi – HER2. Agresywny rak piersi – nawet marzeniem nie było jeszcze kilka lat temu, żeby pacjentki były leczone innowacyjnymi, bardzo drogimi lekami, tak jak się leczy w Europie. Takie mamy leki, teraz są dostępne.

WZW typu C… jadę wczoraj pociągiem, ekspresem i pacjentka podchodzi do mnie i mówi: *panie doktorze, ja jestem teraz szczęśliwa, bo w WZW typu C eradykacja jednym lekiem refundowanym*. Kiedyś to było w ogóle niemożliwe, była marskość wątroby albo nowotwór, albo przeszczep wątroby.

Stwardnienie rozsiane, druga linia leczenia stwardnienia rozsianego. Leczymy tak jak w całej Europie, jak na całym świecie, lekami refundowanymi.

Rdzeniowy zanik mięśni, SMA, największy zabójca genetyczny niemowląt. Proszę bardzo – nusinersen, lek, który w pierwszym roku terapii kosztuje państwo 1 mln zł. Refundowany. To jest marzenie. W Kołobrzegu pacjent dostał lek i napisał na Facebooku, że jest najszczęśliwszym człowiekiem na świecie, bo dostał lek i dobrze się czuje.

Proszę państwa, nie wolno tak robić…

Zaćma, były kilometrowe kolejki na dwa lata – praktycznie nie ma kolejek w zaćmie, dlatego że znieśliśmy limit.

Endoprotezoplastyka – oczywiście, były straszne kolejki. Są mniejsze, dlatego że praktycznie dołożono bardzo dużo dla każdego szpitala do endoprotezoplastyki.

Dostępność do badań diagnostyki obrazowej. Jak długo czekało się na rezonans magnetyczny? Jak długo czekało się na tomograf komputerowy? Teraz praktycznie jest dostępny prawie od razu, dlatego że nie ma limitów.

Pan minister mówił również o dostępności, że pacjentka może teraz rodzić, opiekować się dzieckiem w szpitalu, bo to jest nowy produkt Narodowego Funduszu Zdrowia.

Sieć szpitali… proszę państwa, przecież art. 68 wyraźnie mówi, że każdy ma prawo do ochrony zdrowia. Co to znaczy? To znaczy, że każdy musi mieć takie przeświadczenie… to jest ustawowe zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego. Czyli – każdy pacjent, człowiek, obywatel w Polsce musi mieć takie przeświadczenie, że w razie pogorszenia się stanu jego zdrowia czy życia, władza państwowa musi zapewnić mu szybką, natychmiastową pomoc medyczną – i to właśnie jest sieć szpitali. To jest geograficzne poczucie bezpieczeństwa zdrowotnego dla każdego obywatela. W każdym powiecie musi być szpital z co najmniej podstawowymi oddziałami. To jest właśnie wymóg konstytucyjny. To właśnie robi Ministerstwo Zdrowia.

Proszę państwa, mógłbym jeszcze dużo mówić o pewnych aspektach.

Pan minister powiedział również o ratownictwie medycznym. Proszę zwrócić uwagę na to, że pielęgniarki, ratownictwo medyczne, lekarze … strumieniem dostają pieniądze na podwyżki, które były nie tylko symboliczne. Co prawda, jeśli chodzi o inne zawody medyczne są inne aspekty podwyżek – może w sposób niesatysfakcjonujący, ale też stopniowo otrzymują podwyżki.

Szkolenie, bon patriotyczny (pan minister o tym chyba w ogóle nie wspomniał) dla lekarzy rezydentów, że mogą brać stypendia a potem odpracowywać to w publicznej służbie zdrowia. Trombektomia mechaniczna, te sześć „złotych godzin". Pacjent z udarem niedokrwiennym przyjeżdża do kliniki, np. w Szczecinie i praktycznie do sześciu godzin jest zdrowy – oczywiście, udar niedokrwienny – dlatego, że jest stworzona sieć trombektomii mechanicznej.

To są pewne osiągnięcia, już nie mówię o osiągnięciach w aspekcie schorzeń sercowo-naczyniowych, gdzie jesteśmy wręcz wzorem w Europie, bo zrobiliśmy taką sieć ośrodków… i tak dalej.

Poseł Rajmund Miller (KO):

Już dziesięć lat temu, panie przewodniczący…

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Dobrze, ale wzmacniamy to, sieć robimy, całkowicie wzmacniamy.

Sieć onkologiczna… kto o tym pomyślał?

Proszę państwa, trzeba mieć naprawdę… już kończę… trzeba mieć naprawdę jakiś standard etyki, mówienia prawdy. Oczywiście, trzeba mówić to, co boli i tak dalej, ale trzeba mieć też poczucie pewnej sprawiedliwości i przyzwoitości lekarskiej i poselskiej, ale i politycznej. Polityka nie musi zabijać medycyny.

A, oczywiście, pacjent jest w centrum uwagi, pacjent jest najważniejszy. To jest proste… *salus aegroti suprema lex esto*. Myślę, że to jest credo Ministerstwa Zdrowia i nasze…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo, panie pośle…

Poseł Jan Szopiński (Lewica):

Panie przewodniczący, czy w kwestii formalnej mogę…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Ale przepraszam, po kolei…

Poseł Jan Szopiński (Lewica):

Czy ja w sprawie formalnej mogę?

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Panie pośle, mój kolego z Bydgoszczy, nie ma zwyczaju w żadnej komisji, że ktoś włącza sobie mikrofon i sam sobie udziela głosu, nie ma takiego zwyczaju. Jeżeli ktoś się zgłasza w sprawie formalnej to, proszę bardzo, możemy to zrobić.

Chciałbym powiedzieć przy okazji, że następną osobą, która zabierze głos jest pana kolega po prawej ręce, pan poseł Wolski, ale proszę bardzo, wniosek formalny.

Bardzo proszę, pan poseł Szopiński.

Poseł Jan Szopiński (Lewica):

Panie przewodniczący, czy moglibyśmy tę dyskusję ograniczyć do pytań do pana ministra i potem zwolnić pana ministra, niech się zajmuje służbą zdrowia, i dopuścić do luźnych wypowiedzi posłów na temat sytuacji w polskiej służbie zdrowia?

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Panie pośle, proszę o wyłączenie mikrofonu.

Ja generalnie zgadzam się z tym pana postulatem. Wydaje mi się, że nie wymaga on przegłosowania, ponieważ minęły już dwie godziny posiedzenia a ja przypominam państwu (może państwo tego nie widzą), że jest cała grupa naszych gości, która cierpliwie czeka, słucha i też chciałaby się włączyć do dyskusji.

Zatem, rzeczywiście, ograniczmy się, szanowni państwo, do pytań.

I jeszcze raz, ponieważ widzę kolejne zgłoszenia, bardzo państwa proszę i informuję: ja nie będę ponownie udzielał głosu. Jeśli ktoś chce coś ważnego przekazać to niech poprosi kolegę, który po nim zabierze głos, aby jeszcze ewentualnie o coś dopytał.

Teraz pan poseł Wolski, bardzo proszę.

Poseł Zdzisław Wolski (Lewica):

Ja nie zamierzam płomiennego *exposé* wygłaszać, bo to, co przed chwilą pan przewodniczący, było momentami wręcz zabawne, ale to…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Panie pośle, proszę też uszanować jeszcze jeden zwyczaj niekomentowania swoich wzajemnych wypowiedzi… pan przewodniczący Hoc mówił niezwykle ważne rzeczy. Ja jemu bardzo gratuluję tego wystąpienia, ale zgoda, przyjęliśmy, że nie będzie wolnych wypowiedzi, będą wyłącznie pytania.

Proszę w takim razie o pana pytania.

Poseł Zdzisław Wolski (Lewica):

Czy do pana ministra wypowiedzi mogę się odnieść, czy też nie?

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Taka jest istota pytań, że pan się odnosi do tego, co mówił pan minister.

Poseł Zdzisław Wolski (Lewica):

Już konkretnie do pana ministra, bo naprawdę doceniam to, co pan minister stara się robić, jednak przede wszystkim współczuję, bo działa bez pieniędzy. W zasadzie nie ma wpływu, ile to będzie pieniędzy, bo o tym decydują Minister Finansów, rząd a pan minister zdrowia i jego współpracownicy są w sytuacji „krawiec kraje tak, jak materiału staje". I co? Gaszą pożary. Tak naprawdę, gaszą pożary.

To, co szczególnie ważne – wspomniana zaćma, ale zawsze można dodać łyżkę dziegciu. Tak, zaćma była masowo operowana, ale w części za prywatne pieniądze. Było, oczywiście, finansowanie publiczne, ale w znacznej części np. poza południową granicą, gdzie nasze pieniądze wypływały.

Tomografia i rezonans – prawda, tylko że zrobić można, ale z powodu braku kadr (bo pan minister nie ma pieniędzy i kadr, bo przecież nie tylko lekarzy) czeka się tygodniami na to, żeby to dostać, bo jest zrobione i gdzieś tam leży.

Żeby jednak przejść do pytań, bo pewnie moglibyśmy do piątku, do końca aktualnej sesji tu siedzieć – chodzi mi o POZ. Jeśli chodzi o szpitale, to jest oczywiste dla każdego z nas, że przybywa pieniędzy ilościowo, ale tak naprawdę stale ich ubywa, bo koszty będą stale przewyższały zwiększony wpływ na lecznictwo szpitalne. Czyli – sytuacja w szpitalach będzie się pogarszała i na razie nie ma szans na poprawę.

Natomiast pan minister wspomniał również, i docenił, POZ, że przejmuje różne usterki, przede wszystkim z powodu braku specjalistów, ale nie tylko, na poziomie ambulatoryjnego lecznictwa specjalistycznego. Taka jest też rola POZ. Również lekarze tam pracujący, nierzadko emeryci, przejmują obowiązki brakujących specjalistów. Ma to być finansowane. Myślę o cukrzycy, o wspomnianej niedoczynności tarczycy przy głębokim braku endokrynologów. Spadnie to na POZ, w tym badania, przynajmniej niektóre konieczne badania laboratoryjne…

Chociażby wcześniej medycyna sportowa. Nie chcę tego rozwijać, bo jutro będziemy rozmawiali o budżecie.

O co mi chodzi… rok 2019 był pod względem finansowym całkiem przyzwoity dla POZ, w przeciwieństwie do szpitali. Czy w tym roku, 2020, skoro zakłada się w budżecie, że finansowanie podstawowej opieki zdrowotnej znowu się nie zmieni, będzie dochodziło do zadań…? Oczywiście pan premier i pan minister będą mówić, że zwiększy się stawka w przypadku pacjenta, jeżeli będzie leczony, nie wiem, na cukrzycę, na jakieś choroby układu krążenia. Owszem, ale chodzi o globalną pulę pieniędzy. Jeżeli bowiem pula pieniędzy w POZ się nie zwiększy a ceny idą w górę, będą dorzucone kolejne zadania, to i podstawowa opieka zdrowotna, która ciągle trzyma tę służbę zdrowia przed całkowitym rozpadem, zacznie słabnąć.

Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo.

Pani poseł Gelert…

Panie ministrze, w ogóle szanowni państwo, zgłosiły się jeszcze do głosu następujące osoby: pani poseł Gelert, pani poseł Płonka, pani przewodnicząca Wielichowska, pan poseł Korwin-Mikke, jeszcze panowie posłowie… Szanowni państwo, za czterdzieści minut mamy głosowania i ja naprawdę bym nie chciał, żeby nasi goście, którzy cierpliwie czekają i mają – nie ma co ukrywać – gorszy niż my, posłowie, dostęp do ministra czy jego przedstawicieli, nie mieli możliwości zadania pytania. Bardzo więc państwa proszę o naprawdę dwuminutowe pytania i wypowiedzi. Bardzo państwa o to proszę.

Bardzo proszę, teraz w kolejności pani poseł Gelert.

Poseł Elżbieta Gelert (KO):

Dziękuję bardzo.

Panie ministrze, pytanie odnośnie do kadr medycznych, ale właściwie odnośnie do tego, co się zadziało w roku 2019, czyli *de facto* zupełnego przeszacowania... Nie wiadomo, kto, ile zarabia – niektórzy dostali, niektórzy nie dostali. Zmuszacie państwo szpitale do tego, żeby dawały pieniądze, bo ponoć mają, więc muszą dawać tym, co nie są pielęgniarkami.

Pytanie jest takie: ponieważ jest tzw. zembalowe, czyli w tej chwili osobny pasek dla pielęgniarek, osobny pasek dla ratowników medycznych, jak długo to będzie trwać? Czy zakładają państwo, że zostanie to włożone do wyceny procedur? Jak to będzie wyglądało i kiedy, ewentualnie, państwo macie zamiar to zrobić?

Następnie… co w ogóle z kadrą i z kierunkami kształcenia? Mówicie państwo, że powstała teraz ustawa o zawodzie lekarza. Pewnie jest tam sporo ciekawych informacji, ale moje pytanie jest takie: dlaczego szpitale tak bardzo trudno mogą osiągnąć akredytację na szkolenia, na robienie specjalizacji?

Jest to naprawdę trudne i nie tylko dlatego (przynajmniej ja mam takie zdanie), że nie spełniają pewnych kryteriów. Te kryteria ciągle się u państwa zmieniają. A to za mało łóżek a to za dużo łóżek, a tego się nie robi a tamtego się nie robi – i tak w kółko. Tak więc, są szpitale, które chcą kształcić lekarzy, natomiast dostanie u państwa akredytacji na specjalizację jest bardzo trudne.

Dalej, jeżeli chodzi o szkolenia lekarzy, to – proszę państwa, w tej chwili jest to tak poszatkowane, jest tak dużo staży, jest tak duża biurokratyzacja… bardzo często staże cząstkowe ma tylko jeden instytut w całej Polsce albo – powiedzmy – dwa lub trzy, a ci lekarze z całej Polski ślą tam pisma, bo muszą odbyć specjalizację. Mam nadzieję, że państwo tym się zajmiecie i coś się w tym zmieni, bo to jest właśnie związane z brakiem lekarzy i specjalistów.

Nie wiem też, czy państwo przeanalizowali, ile jest tych specjalizacji i czy one wszystkie są potrzebne, bo przecież naprawdę jest takie rozdrobnienie, że potem, proszę państwa, w szpitalu każdy oddział woła do wszystkiego konsultantów. Jeżeli na kardiologii jest ktoś, kto ma lekko podwyższony cukier to od razu diabetologa się woła, bo przecież internisty tam nie ma żadnego. I tak, niestety, jest w tych specjalizacjach.

Ja wiem, że państwo dążycie do tego, żeby to były kliniki czy jednostki, które będą leczyły dane schorzenia i w tym względzie będą na pewno bardzo dobre, ale można specjalizować się później.

Dlatego mam prośbę, przede wszystkim, o to – proszę państwa, pytanie takie: czy naprawdę zostanie to przeszacowane, czy nastąpi wzrost wyceny, ale wszystkich świadczeń i dla wszystkich poziomów szpitali?

Proszę państwa, to co robicie, to dzisiaj szpitale powiatowe, I, II poziom – pięć jednostek wyżej, następnie, szpitale takie, a jest 0,25, następnie znowu… Proszę państwa, tak nie da się zarządzać, bo tak wybiórczo to robicie, że właściwie już nie ma żadnych standardów, co do czego… Człowiek nie wie, kiedy i które procedury wzrosną, i w jakich szpitalach. Ostatnio to było chyba siedem procedur, ale tylko w szpitalach powiatowych I i II poziomu, III poziomu już nie. Im już się nie należy, bo damy im np. coś innego. Tak też nie można…

Pytam więc, czy faktycznie nastąpi wzrost wyceny, ale wszystkich świadczeń, ponieważ w tej chwili wiadomo, jakie są wzrosty kosztów szpitali i potrzeba, żeby ryczałty… I, przede wszystkim, mam pytanie, co państwo mają zamiar dalej zrobić z ryczałtami, bo jeżeli są SOR-y i są ryczałty, to co mają zrobić z tymi ryczałtami SOR-y, które muszą przyjmować wszystkich pacjentów, bo nie ma dla nich odpowiedzi, że nie mogą, jeżeli są zawalone tymi pacjentami?

Ostatnie pytanie dotyczy, proszę państwa…

Jeszcze tylko jedno… to, co państwo mówili… ja się bardzo ucieszę, jeśli faktycznie powstaną ZOL-e i innego rodzaju zakłady opieki, bo to, co się dzieje na internach to zgroza, nie ma gdzie tych pacjentów wywozić. Pacjenci leżą miesiącami, nikt ich nie zabiera, są samotni etc. etc. W każdym razie, nie wiadomo, co z tymi pacjentami robić, bo faktycznie zalegają. Zatem bardzo dobrze, jeżeli – rzeczywiście – będzie taka możliwość, że będzie można tych pacjentów oddać właściwie bezproblemowo.

I ostatnie pytanie, odnośne do SOR-ów.

Proszę państwa, to, że przybywa pieniędzy w SOR-ach, to nie jest żadne rozwiązanie. Owszem, to pomaga… to pomaga podnieść pensje i może zwiększyć liczbę personelu, ale organizacyjnie to niczego nie rozładowuje. Zatem, albo to, co też pan minister mówił, i jeżeli to się sprawdzi, że faktycznie tutaj będziemy myśleli o nocnej i świątecznej pomocy i o SOR-ach… A jeszcze, proszę państwa, izby przyjęć, bo tam, gdzie są SOR-y, nie ma izb przyjęć. Właściwie każdy pacjent ma się dostać na SOR, nawet jeśli ma skierowanie do szpitala, bo izby przyjęć nie ma. Zatem my oczekujemy od państwa, że organizacyjnie cokolwiek w tym się zmieni, a nie tego, że wyłącznie będziemy podwyższali finansowanie, choć na pewno jest to ważne, ale to nie jest wszystko.

Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo.

Pani poseł Płonka.

I jeszcze raz państwa proszę o bardzo krótkie wypowiedzi.

Poseł Elżbieta Płonka (PiS):

Dziękuję bardzo.

Ja tutaj jestem absolutnie praktykiem, przez czterdzieści lat lekarzem POZ-u, lekarzem rodzinnym, ale także byłym wicemarszałkiem, który zarządzał szpitalami, w tym tymi najbardziej zadłużonymi. Powiem więc tak: satysfakcja z medycyny polskiej absolutnie rośnie, bo o tym świadczą nasi pacjenci. Tak, że jeśli wyjeżdżają za granicę to do nas dzwonią i mówią, i pytają czasem o radę, bo tam nie mogą się dostać do różnych usług medycznych.

Dwa – zadłużenie szpitali to jest, przede wszystkim, zarządzanie. To jest sto procent... sto procent! Ja mam w tej chwili szpital gorzowski, który jest szpitalem wojewódzkim, spółką, który ukrywa swoje zadłużenie, ponieważ źle zarządza tym szpitalem… Jest tam dochodzenie, CBA jest w tym szpitalu. Polega to na tym, że bardzo często dyrektorzy szpitali są ustawiani politycznie.

Moje województwo to prawie sto procent spółek, spółki szpitalne. Tak właśnie zarządzała Platforma Obywatelska, że przekształciła je w spółki.

Konkrety… największy problem zadłużania się szpitali powiatowych to jest problem braku kadry. Szpitale „podkupują" sobie lekarzy, muszą bardzo dużo płacić, żeby tych lekarzy pozyskiwać, żeby oddział funkcjonował. Nadal płaczemy z tego powodu, że nie mamy lekarzy. Główna rzecz – bo widzę, jak u nas to się dzieje – jak są „przekupywani" między powiatami.

Jak więc pomóc POZ-owi, który cierpi na starzenie się lekarzy? Ja cały czas będę o tym mówiła.

Jest pytanie, czy możemy coś z tym zrobić, żeby kadra studentów medycyny ostatnich lat w jakikolwiek sposób wsparła POZ, przynajmniej okresowo, żeby zainteresować ich POZ-em i żeby mogli odbyć kilkumiesięczne staże, ponieważ POZ nie jest atrakcyjny dla kończących studia medyczne. Generalnie nie jest atrakcyjny, dlatego tu nie wchodzą.

A jest jeszcze jeden problem, to jest problem rozdzielenia PESEL-i między obecnych lekarzy rodzinnych i POZ-u – i dlatego też trudno jest do tego systemu wejść innym. Proszę o to, aby nad tym problemem Ministerstwo Zdrowia się pochyliło.

Kolejne pytanie… w standardach każdego szpitala powiatowego powinien być tomograf – niestety, szpitale nie mają tomografów. Pytanie: czy niektóre szpitale, które ich nie mają, będą mogły w jakikolwiek sposób skorzystać z funduszu remontowego przy tym zakupie, na przykład?

Konkretne pytanie, więcej odpuszczam, ponieważ…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Bardzo dziękuję, bo naprawdę czasu mamy bardzo mało.

Bardzo proszę, pani przewodnicząca Wielichowska.

Poseł Monika Wielichowska (KO):

Panie przewodniczący, drodzy państwo, szanowny panie ministrze, z uwagą wysłuchałam dzisiejszego pana wystąpienia, tym bardziej, że nie był pan częstym gościem na posiedzeniach sejmowej Komisji Zdrowia w poprzedniej kadencji.

Myślę, że tak samo jak ja, z uwagą wysłuchali pana samorządowcy, dyrektorzy szpitali i pracownicy szpitali, a szczególnie ci, którzy w kwietniu 2019 r. przyjechali protestować pod Ministerstwo Zdrowia. Przyjechali z całej Polski by powiedzieć panu, panie ministrze, że szpitale stoją nad finansową przepaścią, że już ograniczyli liczbę łóżek, że już pozamykali oddziały i teraz przyjdzie im zamykać szpitale. Tak minęło dziewięć miesięcy.

Wtedy nie znalazł pan czasu, by do nich wyjść, wyszedł do protestujących tylko wiceminister, który powiedział, szanowni państwo, że analizujecie sytuację. Przypomnę, że tylko w 2019 r. w Polsce, w naszym kraju, zostało zamkniętych 69 szpitali. Do dzisiaj postulaty protestujących nie zostały wypełnione, ponieważ nie nastąpił ani wzrost ryczałtu o 15%, ani też nie zostały pokryte koszty wszystkich podwyżek, których domagali się protestujących.

Panie ministrze, od ponad roku, od ponad dziewięciu miesięcy, wy nadal analizujecie tę sytuację a samorządy i szpitale są już naprawdę pod ścianą, nadal się zadłużają. Mało tego, wpadają w spiralę zadłużenia, z której już trudno się wyplątać.

Tę powolną analizę przerwało orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego, który uznał, że zmuszanie samorządów, które utworzyły samodzielny publiczny zakład opieki zdro-

wotnej do pokrywania jego strat to, w istocie, wyręczanie państwa i dał rządowi osiemnaście miesięcy na naprawienie tych niekonstytucyjnych przepisów. Ja chciałabym zapytać pana ministra, czy będzie pan czekał pół roku z tą naprawą niekonstytucyjnych przepisów, czy może wcześniej nastąpi ta sprawiedliwość i uzdrowienie tej sytuacji, że samorządy przestaną brać odpowiedzialność i przestaną ponosić konsekwencje decyzji, które podejmowane są na szczeblu centralnym, czyli w resorcie zdrowia, w rządzie?

Chodzi o bardzo ważną sprawę – o bezpieczeństwo zdrowotne Polek i Polaków. To jest pierwszy temat.

Drugi temat, prosty, ale pytam o niego z zaciekawieniem, ponieważ w półtoragodzinnym *exposé* pana premiera Morawieckiego, którego wysłuchaliśmy nie tak dawno, pan premier bardzo mało miejsca poświęcił zdrowiu a zdrowie jest ponad podziałami politycznymi i powinno być priorytetem, bo nie ma nic od niego ważniejszego. Pan premier, oprócz tego, że pomylił programy zdrowotne kardiologiczne, zapowiedział walkę z obdrapanymi ścianami w szpitalach i powstanie funduszu modernizacji szpitali, w którym… ja chciałabym zapytać, w którym…

Pani mi przeszkadza, pani minister. Słyszę panią cały czas podczas mojej wypowiedzi, trudno więc się skupić na swojej wypowiedzi.

Bardzo dziękuję.

Chciałabym zatem zapytać, panie ministrze, w którym miejscu w projekcie budżetu znajdziemy zabezpieczone środki na ten cel, na tę modernizację? Chciałabym zapytać, co to będzie za fundusz, czy już jest, kto go będzie tworzył? Czy na niego będą się składać również samorządy i podmioty lecznicze, czy będzie w stu procentach finansowany przez budżet państwa?

To jest ważne pytanie dla samorządów i szpitali, które – tak jak powiedziałam podczas pierwszej części swojej wypowiedzi – zostały postawione pod ścianą finansową i ograniczają wszelkie wydatki. To było widać przy konstruowaniu ich budżetów, które są w tym niebywale trudne, chyba najtrudniejsze – i tu postawię kropkę.

Ostatni temat – chciałabym pana zapytać, panie ministrze… zamknęliście program *in vitro*, który był finansowany z budżetu państwa, dzięki któremu urodziło się ponad 21 tys. dzieci, i zastąpiliście go rządowym programem naprotechnologii, który – jak myślę – zakończył się jednak katastrofą, jeśli chodzi o efekty. Niestety, ostatnie dane, jakimi ja dysponuję, mówią o tym, że program pochłonął 30 mln zł i urodziło się z niego około siedemdziesięciorga dzieci. To wychodzi ponad 428 tys. za ciążę, z *in vitro* urodziło się – tak jak powiedziałam – ponad 21 tys. dzieci i koszt jednej procedury wynosi ok. 7 tys. zł.

Ja bardzo proszę pana o informację o wynikach rządowego programu i jak są wydatkowane publiczne środki, ponieważ parlamentarzyści, w ogóle opinia publiczna, powinni to wiedzieć, znać takie wyniki i móc je śledzić. Natomiast, w pewnym momencie Ministerstwo Zdrowia spowodowało, że tych efektów nie jesteśmy w stanie podać. Wielokrotnie zwracałam się o to w interpelacjach. Zawsze były bez odpowiedzi, bez konkretów, więc o te konkrety – korzystając z okazji pana pobytu na dzisiejszym posiedzeniu Komisji Zdrowia – dzisiaj zapytuję.

Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo.

Pan poseł Korwin-Mikke, bardzo proszę.

Poseł Janusz Korwin-Mikke (Konfederacja):

Dziękuję bardzo.

Słucham tutaj z pewnym przerażeniem, że bardzo wielka część dyskusji polega na sporach politycznych, bo „wy to, a my tamto, a wy tamto”, co – moim zdaniem – nie powinno mieć tu miejsca. Czymś innym jest polityka zdrowotna, gdzie myślimy o pacjencie a czymś innym polityka czysto partyjna.

Po drugie, słucham z pewnym niepokojem, iż zarzuca się panu ministrowi, że ma za mało pieniędzy. Otóż, trudno taki zarzut mu stawiać, natomiast panuje takie powszechne przekonanie (z którym się nie zgadzam), że więcej pieniędzy polepsza sytuację. Dam przykład z innej branży – jeżeli np. znacznie polepszymy pensje nauczy-

cieli to na miejsce ludzi, którzy idą do tego zawodu, bo kochają dzieci i gotowi są uczyć za mniejsze pieniądze, przyjdą ludzie, którzy kochają duże pieniądze i tamtych wypchną z zawodu. Tak, że nie jest prawdą, że więcej pieniędzy oznacza automatycznie polepszenie sytuacji w jakiejś dziedzinie.

Natomiast, jeżeli już mówimy o pieniądzach, to chciałbym się dowiedzieć jednej rzeczy (bo tutaj pan minister pewno nie wie) a mianowicie, ile nas kosztuje państwowa służba zdrowia? Możemy sobie policzyć, ile nas kosztują pracownicy Ministerstwa Zdrowia, ile nas kosztuje Narodowy Fundusz Zdrowia i inne państwowe placówki z tym związane, na które płaci podatnik, ale – ile nas kosztuje to, że lekarz wykonuje 20 czy 30% czynności, których by nie wykonywał. Jeżeliby to policzyć według czasu pracy lekarza to też trzeba to doliczyć do tego kosztu.

Ja podejrzewam, że ten koszt jest naprawdę ogromny i byłoby dobrze te liczby znać.

Proszę więc to traktować jako coś na kształt interpelacji: policzyć całkowity koszt służby zdrowia, bo – moim zdaniem – nie jest błędem, że służba zdrowia działa źle. Ja miałem wątpliwą przyjemność korzystać ze służby zdrowia w innych krajach, również w Polsce, i muszę powiedzieć, że wcale nie jest tak źle. Natomiast jest źle, dlaczego – dlatego, że istnieje służba zdrowia. Przyczyną tego…

Tak, oczywiście… proszę państwa, w Kanadzie czeka się 30 miesięcy na operację katarakty. Przy mnie np. pacjent usłyszał, że na zaćmę ma przyjść za rok, czeka się tyle.

Prywatnie można to zrobić na drugi dzień, więc przyczyną – powtarzam – jest istnienie służby zdrowia. Ile byśmy zyskali, gdyby całkowicie zlikwidować służbę zdrowia i tak, jak weterynaria, która jest jedyną dziedziną medycyny, która działa bezbłędnie – nie ma kolejek, leczenie jest tańsze… tak, oczywiście.

Zobaczcie, ile to nas kosztuje, bo nie jest prawdą (jest taki demagogiczny argument), że wtedy ludzi nie byłoby stać na drogie operacje. W tej chwili niby jest państwowa służba zdrowia, tymniemniej jednak gazety są pełne ogłoszeń, że dla ciężko chorego dziecka coś potrzeba itd. Socjalizm oznacza, że jak coś jest za darmo, to ludzie się pchają a nigdy nie będzie dość pieniędzy, żeby wypełnić wszystkie przyrzeczenia. Zatem lekarz w socjalizmie – już kończę – musi pełnić rolę doktora Mengele, który mówi *tego do gazu a ten jeszcze niech pożyje*, bo jeżeli jest za mało środków to może dać jednemu a nie dać drugiemu. W kapitalizmie było normalnie – ten, kto miał pieniądze ten przeżywał, a kto nie miał pieniędzy nie przeżywał – i to było uczciwie i sprawiedliwie. Natomiast tutaj trzeba mieć znajomości. Kto ma znajomości daje sobie radę…

Tak, lekarza znać. Właśnie o to chodzi.

Tak więc, ja chcę wiedzieć, jaki jest koszt istnienia tej służby zdrowia.

Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję.

Pan poseł Rutka jako ostatni – i nasi goście.

A przepraszam, jeszcze pan poseł Szopiński. Krótko panowie, bardzo proszę.

Poseł Marek Rutka (Lewica):

Tak, oczywiście, bardzo dziękuję.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Wycinamy tę wypowiedź o doktorze Mengele…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Tylko pytania, naprawdę.

Poseł Marek Rutka (Lewica):

Jasne, oczywiście, bez wycieczek żadnych.

Jako przedstawiciel opozycji chciałbym podziękować panu ministrowi za program odnowienia floty ambulansów, bo faktycznie te dwieście sztuk to jest istotny zastrzyk. Aczkolwiek z drugiej strony można powiedzieć, że to ma charakter akcyjny a dobrze byłoby wprowadzić jasny harmonogram wymiany floty, żeby ona następowała ze względu na wiek czy przebieg auta, a nie doprowadzać do sytuacji, że musiał być ten zakup zrobiony, bo inaczej system mógłby zacząć gorzej funkcjonować.

Ja mam pytanie odnośnie do pilotażu „rendez-vous", o którym pan minister mówił. Czy to może oznaczać, że zmniejszona zostanie liczba zakontraktowanych zespołów „S"? Dzisiaj jest ich 369, czyli niewiele więcej niż jeden na powiat. Czy to może jest jakaś furtka do łatania problemów z obsadą ambulansów specjalistycznych?

I ostatnia kwestia, odnośnie do metodyki obliczania budżetu Ministerstwa Zdrowia. Ja chciałbym zacytować, jak obliczana jest wysokość budżetu Ministerstwa Obrony Narodowej. „Wartość produktu krajowego brutto ustala się w oparciu o wartość określoną w założeniach projektu budżetu na dany rok i dotyczy tego samego roku, na który są planowane wydatki". Tak jest w Ministerstwie Obrony Narodowej, więc może w Ministerstwie Zdrowia to samo można byłoby zaproponować?

Chciałbym jeszcze trochę popsuć dobre humory.

W bieżącym roku szacowany jest wzrost inflacji w naszym kraju do 4,5% i to będzie najwyższy wzrost, czy w ogóle najwyższa wartość w Unii Europejskiej, według Międzynarodowego Funduszu Walutowego.

Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję.

Pan poseł Szopiński.

Poseł Jan Szopiński (Lewica):

Z uznaniem chciałbym przyjąć wypowiedź pana ministra odnośnie prac rządu na temat wyroku Trybunału Konstytucyjnego w sprawie długów szpitali z 20 listopada 2019 r. Aczkolwiek jest rzeczywiście 18 miesięcy na realizację tego wyroku to jednak, im szybciej to nastąpi, tym więcej oddziałów szpitalnych i więcej szpitali nie będzie miało problemów, w tym również więcej samorządów, które są organami założycielskimi dla tych szpitali.

Sprawa druga… mówił pan minister o specjalistycznych zabiegach, rzeczywiście o zmniejszeniu kolejek, bo to nastąpiło w zakresie leczenia zaćmy. Chciałbym podać taki przykład z dwóch szpitali uniwersyteckich z Bydgoszczy, w których kolejka na zabiegi endoprotezy, zgodnie z internetowym informatorem dotyczącym warunków leczenia, w pierwszym wynosi lat 5 a w drugim – lat 7. Chciałbym zapytać o możliwość skrócenia tych kolejek.

I pytanie trzecie.

To jest pytanie takie… mówił pan, panie ministrze, o funduszu remontowym szpitali w wysokości 2 mld zł. Ja bym chciał zapytać o sposób rozdysponowania tych pieniędzy na szpitale w naszym kraju. Czy one trafią do szpitali wojewódzkich, powiatowych? Czy to będzie postępowanie konkursowe? Czy to będzie związane ze środkami, które muszą mieć również samorządy? Jaki będzie sposób przekazania przez ministerstwo tych środków do szpitali?

Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo.

Oddaję głos naszym gościom.

Przepraszam, że tak późno i proszę państwa o możliwie krótkie wypowiedzi, oczywiście.

Bardzo proszę, pierwsza osoba… tak, proszę bardzo.

Za chwilkę, pani prezes, najpierw pani przewodnicząca, bardzo proszę.

Przewodnicząca Branży OPZZ Usługi Publiczne Urszula Michalska:

Dziękuję bardzo.

Urszula Michalska, Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych.

Panie ministrze, było wspominane o pracownikach, o wynagrodzeniach, ja natomiast chciałabym zadać konkretne pytanie. Czy pan minister widzi taką możliwość, żeby, po pierwsze, znowelizować istniejącą ustawę o sposobie ustalania najniższych wynagrodzeń, ponieważ ona zupełnie się „rozjechała" z tym, co jest w tej chwili i czy będą kontynuowane rozmowy z poszczególnymi… to znaczy, może nie rozmowy… ustalenia z poszczególnymi grupami zawodowymi, choć uważam, że każdej z tych grup zawodo-

wych wzrost wynagrodzeń jak najbardziej się należy. Nie można jednak tego robić w oderwaniu, ponieważ to absolutnie przewraca do góry nogami cały system wynagrodzeń w szpitalach.

Po prostu, tak dalej być nie może.

I jeszcze jedna rzecz w kontekście wynagrodzeń. Już obowiązujące od 1 stycznia minimalne wynagrodzenie i zapowiedzi tak dynamicznego wzrostu minimalnych wynagrodzeń są tylko powiedzeniem tego, że wynagrodzenia w ochronie zdrowia muszą wrócić do normalności, bo dziś w wielu przypadkach będą one na poziomie najniższych wynagrodzeń i w dalszym ciągu utrzymywania dodatków do najniższego wynagrodzenia.

Krótko jedno zdanie odnośnie do innych spraw. Wiele było powiedziane na temat starzejącego się społeczeństwa, tego, że brakuje nam miejsc dla tych ludzi, którzy rzeczywiście leżą w oddziałach wewnętrznych. Czy rzeczywiście nie należałoby wrócić do tematu współpracy lub konsolidacji opieki społecznej z ochroną zdrowia, bo w bardzo wielu przypadkach są to powielane działania?

Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo.

Pani prezes, proszę.

Wiceprezes Naczelnej Rady Aptekarskiej Małgorzata Pietrzak:

Małgorzata Pietrzak, wiceprezes Naczelnej Rady Aptekarskiej.

Dziękuję, panie przewodniczący.

Szanowni państwo, panie ministrze, chciałabym bardzo podziękować w imieniu izby aptekarskiej za to, że przewiduje pan procedowanie ustawy o zawodzie farmaceuty oraz że przewiduje pan procedowanie ustawy refundacyjnej. Mam nadzieję, że oboje myślimy o podwyższeniu marży na leki w aptekach.

Mam też trzy pytania.

Czy planujecie państwo wdrożyć działania, aby skutecznie egzekwować przepisy antykoncentracyjne? Drugie: chodzi o braki leków w aptekach a szczególnie – o nierówny dostęp aptek i hurtowni do tych leków. I trzecia sprawa, chodzi o zmianę w prawie farmaceutycznym odnośnie do dyżurów nocnych i świątecznych aptek. Czy przewidują państwo stworzenie takich uwarunkowań prawnych i finansowych, aby te apteki mogły dyżurować, ale nie za darmo?

Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję.

I, po sąsiedzku, bardzo proszę.

Wiceprezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych Mariola Łodzińska:

Mariola Łodzińska, wiceprezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.

Ja mam dwa pytania.

Pierwsze, dotyczy zakładów opiekuńczo-leczniczych. Czy zwiększone finansowanie będzie dotyczyło tylko ZOL-i czy również zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych, i czy będzie to finansowane analogicznie w przypadku psychiatrycznych zakładów opiekuńczo-leczniczych, bo wiem, że tam jest dramatyczna sytuacja, jeśli chodzi o finansowanie?

Drugie, to oczywiście pytanie dotyczące płac w ochronie zdrowia. Tak jak pan minister powiedział, trend, jeśli chodzi w ogóle o sytuację polskiego pielęgniarstwa, zaczyna się odwracać, w związku z czym mam pytanie. Czy te zobowiązania w tzw. pakiecie Szumowskiego będą obowiązywały na przyszłe lata?

Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję.

Dziękuję państwu bardzo za dyscyplinę czasową.

Bardzo proszę, pani prezes Janicka.

Prezes Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia Bożena Janicka:

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący.

Panie ministrze, szanowni państwo, ja bardzo króciutko – pan minister wspomniał o kadrach, o tych 140 tys., bardzo bym prosiła o informację, jaka jest skala wiekowa tego personelu lekarskiego, bo wiem, że tu przyszłościowo jest bardzo czerwone światło.

A ja, reprezentując podstawową opiekę zdrowotną, chcę zwrócić uwagę na jeszcze jedną rzecz. Tak jak już przyzwyczailiśmy się… nie przyzwyczailiśmy się do kolejek w szpitalach, do kolejek do AOS-u, a teraz borykamy się z POZ-ami w ościennych powiatach i małych miejscowościach.

Niestety, narasta grupa pacjentów, którzy nie mają się gdzie zapisać. To jest nasze wyzwanie i, panie ministrze, to nie na zasadzie pytania. Jak zadziałamy, żeby ci ludzie, którzy tam jeszcze pracują, starsi lekarze, mogli dalej funkcjonować, bo mamy rosnącą grupę pacjentów, którzy nie mają…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję, pani prezes…

Prezes PPOZ Bożena Janicka:

Jeszcze jedno zdanie, panie przewodniczący, bardzo krótko...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziesięć osób jeszcze się zgłasza…

Prezes PPOZ Bożena Janicka:

Kwestia narastającej biurokracji w podstawowej opiece zdrowotnej, w ochronie zdrowia.

Dzisiaj, panie ministrze, nie było o tym mowy, ale ona…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Szanowni państwo, nie będzie odpowiedzi na te pytania, bo po prostu za 10 minut mamy głosowania.

Bardzo proszę, pani.

Prezes Zarządu Ogólnopolskiej Federacji Onkologicznej Dorota Korycińska:

Dzień dobry.

Panie przewodniczący, panie ministrze, bardzo dziękuję za możliwość zabrania głosu. Nazywam się Dorota Korycińska, jestem prezesem parasolowej organizacji…

Przepraszam bardzo, bo nie wiem, czy…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Proszę bardzo, proszę kontynuować.

Prezes Zarządu OFO Dorota Korycińska:

Tak? Ktoś mi przeszkadzał.

...Ogólnopolskiej Federacji Onkologicznej. To jest niedawno powstała organizacja, która zrzesza wiodące organizacje wspierające pacjentów z nowotworami złośliwymi.

Mam następujące pytania do pana ministra, bo padło tutaj wiele słów o polskiej onkologii, bardzo optymistycznych. Pan minister wspomniał też na początku, że – aby naprawić system ochrony zdrowia potrzeba dwóch kadencji – rozumiem więc, że już jesteśmy w połowie, czy tak?

Tymczasem stan polskiej onkologii jest katastrofalny. To jest absolutna katastrofa. Umieralność z powodu raka jest w Polsce wyższa niż w Rosji. Skuteczność leczenia raka, na przykładzie raka jelita grubego, jest niższa niż w Turcji.

To są dane, oczywiście, wszędzie dostępne.

Co jeszcze chciałabym powiedzieć?

Polska jest jedynym krajem w Unii Europejskiej, w której wzrasta umieralność Polek na raka piersi…

Przepraszam, ale źle mi się mówi, jeżeli słyszę wokół takim szum.

Teraz mam takie pytanie.

Jeżeli chodzi o świadczenia breast units, organizacje, które są zrzeszone w federacji, były wnioskodawcami tego świadczenia. Chciałabym zapytać w związku z tym, czy

i kiedy będzie wprowadzony rejestr kliniczny raka piersi? A także, czy i kiedy można spodziewać się kolejnych świadczeń kompleksowych, np. dla raka płuca?

Jeszcze jest jedna rzecz, o którą tutaj chciałam zapytać.

Jest rozporządzenie w sprawie pilotażu sieci onkologicznej. Zgodnie z tym rozporządzeniem, po pół roku od wprowadzenia pilotażu, Narodowy Fundusz Zdrowia powinien przekazać do Ministerstwa Zdrowia raport dotyczący efektów wprowadzenia programu. No i chciałabym zapytać, gdzie można znaleźć ten raport? Czy to rozporządzenie jest realizowane i kiedy możemy się spodziewać, ponieważ szuka się i tego nie ma?

A jeżeli to rozporządzenie nie jest realizowane, to jaka jest tego przyczyna.

I kolejne pytanie: w czerwcu 2018 r., w wywiadzie dla telewizji publicznej, pan minister obiecał skrócenie czasu oczekiwania na diagnostykę obrazową do 30 dni w trybie pilnym. W związku z tym, mam takie pytanie: czy, zdaniem pana ministra, udało się to zrealizować, jaka jest pańska ocena?

Mam jeszcze jedno pytanie, które wywiązało się tutaj w trakcie rozmowy, bo pan minister powiedział o wzroście nakładów do, chyba, 5,25%...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Ja panią bardzo proszę, naprawdę…

Prezes Zarządu OFO Dorota Korycińska:

Już kończę…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Są jeszcze inne osoby, które chcą pytać…

Prezes Zarządu OFO Dorota Korycińska:

Ja rozumiem, cierpliwie czekałam…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Pani opowiada a nie pyta, to jest różnica.

Prezes Zarządu OFO Dorota Korycińska:

Zadałam pytania, mogę je powtórzyć, jeżeli umknęły…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

To inni nie skorzystają z tego, że pani to powtarza.

Prezes Zarządu OFO Dorota Korycińska:

Dobrze.

Chciałabym jeszcze zapytać o ten wzrost nakładów do 5,25% PKB, o wskazanie źródła tych wyliczeń, gdzie można je znaleźć?

I dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo.

Pan przewodniczący Mądrala, niestety, ostatni, który może zdać pytania, bo pan minister nie zdąży odpowiedzieć.

Wiceprezydent Pracodawców RP Andrzej Mądrala:

Szanowni państwo, pierwszy nasz postulat: prosimy pana ministra o pomoc – rozmawiamy już z sanepidem, sprawa dotyczy gabinetów pomocy przedlekarskiej w zakładach pracy. Jest to bardzo ważna sprawa, żeby pomoc była jak najbliższej pracownika. To, raz.

Druga sprawa, sieć szpitali. Wiadomo, że trzeba jeszcze raz na ten temat dyskutować, czy jest miejsce na zwiększenie puli o oczywiście dobre szpitale prywatne.

I trzecia sprawa – bardzo nam zależy na reaktywowaniu zespołu trójstronnego. Mam nadzieję, że wkrótce dowiemy się, kiedy będzie najbliższe spotkanie, bo ostatnie było 22 lipca i bardzo tęsknimy za panią minister – i nie tylko.

Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo.

Pan minister, bardzo proszę.

Minister zdrowia Łukasz Szumowski:

Szanowni państwo, krótko, bo czas nas goni a jeszcze musimy dojść.

Bardzo się cieszę, że padło tutaj bardzo dużo konkretnych pytań, natomiast warto byłoby, żebyśmy tutaj mówili o konkretach. Powiedzenie, że sytuacja polskiej służby zdrowia jest katastrofalna nie niesie za sobą żadnego konkretu. Konkretnie: w jakich obszarach, gdzie?

Jeżeli popatrzymy na zobowiązania ogółem szpitali, to w 2012 r. mieliśmy stosunek zobowiązań do przychodów na poziomie 17%, obecnie mamy na poziomie 15%. Jeżeli popatrzymy na zobowiązania wymagalne to w 2012 r. mieliśmy 4% w stosunku do przychodów a obecnie mamy 2,3. W związku z tym, jeśli mamy mówić o konkretach, to mówmy o konkretach.

Raport NIK – trudno mi się odnieść, bo nie wiem, odnośnie do którego raportu pan poseł Miller chciał wiedzieć… wydaje mi się, że chodziło o raport NIK-u z ZUS-u, ale – z całym szacunkiem – Minister Zdrowia nie publikuje raportów NIK, tylko Najwyższa Izba Kontroli, więc nie wiem.

Pan poseł Wolski powiedział, że bez pieniędzy i, że minister zdrowia nie tylko o pieniądzach mówi, ale i o kadrach. Bardzo słusznie, to jest prawda, bo w przypadku każdego świadczenia trzeba zobaczyć, gdzie są te trudności w dostępie.

Prosił pan o informacje na temat POZ – oczywiście, te finanse będą rosły, natomiast bardziej wskaźnikowo niż dotychczas. To znaczy, będą one przeliczane właśnie przy tych chorobach przewlekłych, którymi POZ na całym świecie się opiekuje – i bardzo dobrze, bo jest bliżej pacjenta, czyli w przewlekłych chorobach cywilizacyjnych. Tam te wskaźniki są, choćby np. dla cukrzycy wskaźnik przeliczeniowy 3,2.

Pani poseł Gelert powiedziała o specjalizacjach i akredytacjach. Bardzo, bardzo celna uwaga – nie ma pani poseł Gelert, ale jej odpowiadam, pewnie będzie to zaprotokołowane.

Faktycznie, część procedur jest zbyt wymagająca. Nad tym pracujemy i w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty dokładnie ten problem adresujemy, w tym liczbę specjalizacji, która będzie ze środowiskiem dyskutowana i mam nadzieję, że spadnie przynajmniej większość, bo w tej chwili mamy chyba 103 specjalizacje, a w Unii Europejskiej jest ich 50-60. Odnośnie do rozporządzeń a nie tylko finansów (jeszcze o tym pani poseł Gelert mówiła) – w rozporządzeniu Ministra Zdrowia są właśnie te zarządzenia, czyli, że nocna i świąteczna pomoc lekarska powinna być tam, gdzie jest SOR.

Pan poseł pytał o… to już było, przepraszam bardzo. Pytaliście państwo, dlaczego pan premier Mateusz Morawiecki mówił na temat zdrowia krótko, bo poświęcił my tylko jeden akapit. Pozwolę sobie na jedną taką polityczną dygresję – zgadnijcie, ile razy w 2011 r., w *exposé* pana premiera Tuska, padło słowo „zdrowie"? Zero. W związku z tym, myślę, że tu nie ma co licytować się, jak długo pan premier Mateusz Morawiecki mówił o zdrowiu i w jaki sposób.

Pan poseł Korwin-Mikke mówił o 17% i nakładach na zdrowie. Ja przypomnę, że faktycznie jakość służby zdrowia nie zawsze idzie w parze z nakładami. W Stanach mamy ok. 18% PKB stanów w nakładach na ochronę zdrowia – wszystkich, publicznych i prywatnych – natomiast tam w niektórych obszarach i dla osób, które są pozbawione opieki… mamy tam największe grupy osób pozbawione w ogóle opieki medycznej. W związku z tym, to chyba nie jest rozwiązanie, które chcemy u nas wprowadzić.

Pan poseł Rutka mówił o harmonogramie wymiany floty – bardzo celne, bardzo słuszne – w projekcie funduszu inwestycyjnego. O tym mówione również było w kampanii…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Panie ministrze, dwie minuty jeszcze nam zostały.

Minister zdrowia Łukasz Szumowski:

…to ma wejść cyklicznie.

Pan poseł Szopiński pytał o endoprotezy w Bydgoszczy. W Polsce poniżej 30 dni można wymienić endoprotezę stawu kolanowego w 130 miejscach albo w 150, fizycznie.

Tak samo odpowiedź, *à propos*, dla pani prezes Korycińskiej. Badania tomografem i rezonansowe można zrobić poniżej 14 dni w 350 miejscach w Polsce. To jest bardzo konkretna odpowiedź.

I również radziłbym mówić o katastrofalnej sytuacji, jeśli chodzi o wskaźniki, bo jeżeli rozmawiamy z prezesem Polskiego Towarzystwa Onkologicznego prof. Maciejczakiem to on ma jednak inne zdanie niż pani, i koleżanki z innych organizacji zrzeszających pacjentki onkologiczne, z całym szacunkiem, mają inne zdanie niż pani. W związku z tym warto zasięgnąć również ich opinii. Oczywiście, onkologia jest wyzwaniem i problemem, natomiast trudno mówić „katastrofalne", bo to nie niesie za sobą żadnych danych.

Odnośnie do aptek to rozwiązania antykoncentracyjne będziemy proponowali w nowych projektach legislacyjnych.

I jeszcze opieka długoterminowa – to będzie opieka długoterminowa całkowita a nie tylko ZOL-e.

Chyba już wszystko…

Słucham? Wynagrodzenia?

Otwieramy ustawę w RDS, chcemy ją przedyskutować ze środowiskiem… nie odpowiem na to pytanie teraz, chętnie na piśmie…

Poseł Monika Wielichowska (KO):

Poprosimy o odpowiedzi na piśmie, po prostu.

Minister zdrowia Łukasz Szumowski:

Bardzo dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję.

Zamykam posiedzenie.

Dziękuję panu ministrowi, dziękuję wszystkim państwu.

Do widzenia.